



LAULAEN MUISTELLEN

Vuorovaikutus ja sen tukeminen dementiapotilaiden musiikkiterapiaryhmässä

Anni Ranta

Opinnäytetyö
Toukokuu 2011
Sosiaalialan koulutusohjelma
Musiikkiterapian suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaalialan koulutusohjelma
Musiikkiterapian suuntautumisvaihtoehto

RANTA, ANNI: Laulaen muistellen – Vuorovaikutus ja sen tukeminen dementiapotilaiden musiikkiterapiaryhmässä

Opinnäytetyö, 56 s., liitteet 2 s.

Toukokuu 2011

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten dementiapotilaiden vuorovaikutus tapahtuu ja miten sitä voidaan tukea laulamiseen ja muisteluun perustuvalla musiikkiterapialla. Tutkimuksen kohteena on sairaalan psykiatrisen hoitoyksikön pienryhmä, joka osallistui musiikkiterapiaan 10 kertaa. Tutkimus on kvalitatiivinen tapaustudkimus, jota täydentää vuorovaikutusta kvantitatiivisin menetelmin kuvaileva tutkimusosuus.

Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä on Heidi Ahosen kommunikaatiopainotteinen musiikkiterapia, jossa korostuvat vuorovaikutus ja sen eri tavat. Tutkimusmateriaali on kerätty osallistuvalla havainnoinnilla sekä käyttämällä vuorovaikutuslomaketta, jossa arvioidaan vuorovaikutuksen aktiivisuutta numeerisesti. Lomake toimi havainnoinnin apuna. Aineistoa analysoidaan sisällönanalyysillä, jota ohjaa teoria vuorovaikutuksesta sekä kommunikaatiopainotteisesta musiikkiterapian työotteesta. Vuorovaikutuslomake analysoidaan määrällisillä menetelmillä.

Tutkimustulokset osoittavat, että laulaminen ja muistelutyö ovat toisiinsa limittyneitä menetelmiä, joilla voidaan tehokkaasti tukea dementoituvan vuorovaikutusta. Tuttujen laulujen laulaminen virittää paljon muistoja ja tunteita, joita ryhmässä oli mahdollisuus jakaa. Muistelun ohjaaminen aktiivisen kuuntelun tekniikalla kannusti potilaita vuorovaikutukseen sekä vapautti heidän ilmaisuaan. Lisäksi terapia vahvisti myönteisesti potilaiden yhteisöllisyyden kokemusta. Tuloksena saatiin myös, että terapialla oli siirtovaikutusta, mikä näkyi siinä, että potilaat halusivat jatkaa laulamista terapian jälkeenkin. Vuorovaikutuslomakkeen määrällinen analyysi osoitti, että terapia lisäsi hieman potilaiden sanallista vuorovaikutusta terapiaprosessin aikana.

Avainsanat: Musiikkiterapia, dementia, laulaminen, musiikkimuistelu, vuorovaikutus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Social Services
Music Therapy

RANTA, ANNI: Remembering by Singing – Supporting interaction and communication of dementia patients in a music therapy group

Bachelor's thesis 56 pages, appendices 2 pages

May 2011

The aim of this study was to investigate how patients with dementia interact and how their communication can be supported by a music therapy method which is based on singing and memory techniques. The research sample consisted of a small group of patients from a psychogeriatric care unit. The group attended 10 music therapy sessions. This was a qualitative case study, which was supplemented with a quantitative assessment of interaction in the group.

The theoretical context of this study consists of Heidi Ahonen's communication-accentuated music therapy model. The research data was collected by participatory observation and by using an assessment form, in which the activity of interaction was assessed by using numerical values. The assessment form was used as an ancillary tool for observation. The data was analyzed by qualitative content analysis based on the theory of communication-accentuated music therapy. The interaction assessment form was analyzed by using quantitative methods.

The results of this study show that singing and memory techniques are overlapping and can be used successfully in supporting the communication of persons with dementia. Singing familiar songs activated memory and emotional expressions. Using the technique of active listening, when talking about memories, encouraged the patients to interact and communicate their feelings more freely. The therapy also strengthened the feeling of togetherness and group cohesion. As a result of the transfer effect of the therapy, the patients wanted to continue singing after the therapy session. The quantitative analysis of the interaction assessment form showed that the verbal communication of the patients increased during the therapy process.

Key words: music therapy, dementia, singing, memory techniques, communication

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TUTKIMUKSEN TAUSTAA	7
2.1 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset	7
2.2 Tutkimusaineisto ja –menetelmät	8
2.3 Teoreettisena viitekehyksenä kommunikaatiopainotteinen musiikkiterapia	10
2.4 Aikaisemmat tutkimukset.....	12
3 DEMENTIA.....	16
3.1 Dementoivat sairaudet.....	16
3.3 Näkökulmia vuorovaikutukseen – Samalle aaltopituudelle.....	17
3.4 Musiikkiterapia ja dementia.....	19
4 VUOROVAIKUTUKSEN VÄLINEITÄ MUSIIKKITERAPIASSA.....	23
4.1 Laulu	23
4.4 Muistelu – musiikkimuistelu.....	25
5 TERAPIAPROSESSIN KUVAUS	27
5.1 Alkuarviointi ja ryhmän kuvaus.....	27
5.2 Terapian tavoitteet.....	29
5.3 Terapian menetelmät ja rakenne	30
6 AINEISTON ANALYYSI.....	33
6.1 Teemojen luokittelu havaintopäiväkirjasta	33
6.1.1 Sanaton vuorovaikutus	34
6.1.2 Sanallinen vuorovaikutus	35
6.1.3 Tukitoimet	37
7 TUTKIMUSTULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	45
8 POHDINTA	48
LÄHTEET.....	51
LIITTEET	55

1 JOHDANTO

Taidelähtöiset kuntoutusmuodot ja taidegerontologia elävät vahvaa nousukautta. Tähän on osaltaan vaikuttanut Opetus- ja kulttuuriministeriön antama julkilausuma Taiteesta ja kulttuurista hyvinvointia, jonka yhtenä tavoitteena on kartoittaa ja tutkia taiteen ja kulttuurin käyttömahdollisuuksia hoitolaitoksissa sekä laajemmin osana ihmisen kokonais-terveyttä (Liikanen 2010).

On ajankohtaista pohtia ikäihmisten erilaisten kuntoutusmuotojen ja kulttuurin mahdollisuuksia ja taloudellisuutta suurten ikäluokkien eläkkeelle jäämisen kynnyksellä. Yhteiskunnallista ristivetoa aiheuttaa tilanne, jossa samaan aikaan hoitotyön ammattilaisista on huutava pula ja tuhansia kulttuurialan toimijoita on työttömänä. Tämä tutkimus toteutui osana Tampereen Kulttuurikaari-hanketta, jonka tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia kulttuurin, taiteen ja liikunnan avulla.

Käsillä oleva työ valottaa kuntoutusteemaa musiikkiterapian näkökulmasta. Kyseessä on tapaustutkimus, jossa tarkastellaan vuorovaikutusta ja sen tukemista dementia-potilaiden musiikkiterapiaryhmässä. Työn peruspilareina ovat laulaminen ja muistelu, jotka ymmärretään tässä sekä vuorovaikutuksen että sen tukemisen välineinä. Aineisto on kerätty osallistuvan havainnoinnin menetelmällä ryhmäterapiatilanteessa. Työn teoreettinen viitekehys on Heidi Ahosen (ent. Ahonen-Eerikäinen) kommunikaatiopainotteisen musiikkiterapian mallissa. Sen keskeinen ajatus on terapia-asiakkaan kanssa ”samalle aaltopituudelle” pääseminen. (Ahonen-Eerikäinen 1999.) Vuorovaikutus tutkimuksen kohteena on ilmiön monitasoisuuden vuoksi haastavaa. Työssä selvitetään sekä vuorovaikutuksen sanallista että sen sanatonta tasoa.

Valitsin laulamisen tutkimuksen keskiöön sekä omien kokemuksieni että tutkimuskirjallisuudesta löytämieni inspiroivien esimerkkien innoittamana. Omakohtaiset kokemukseni laulun voimasta liittyvät usean vuoden takaiseen työharjoittelujaksoon eräässä yksityisessä dementia-kodissa. Tehtävänäni oli avustaa viriketoiminnan järjestämisessä hoitokodin asukkaille. Luin lehtiä, ulkoilutin ja musisoin potilaiden kanssa. Monet potilaat eivät jaksaneet kävellä pihaa pidemmälle ja niinpä istuimme usein pihamaan kevätau-ringossa hyräilemässä ja muistelemassa laulun sanoja. Mieleeni on jäänyt eräs pyörätuolissa istuva yksittäisiä tavuja toisteleva rouva, jonka olemus muuttui täysin, kun hän pääsi laulamisen makuun. Suvivirsi meni alusta loppuun täsmälleen oikeilla sanoilla.

Meillä oli yhteinen hetki, jossa hymyssä suin jaoimme jotakin molemmille tuttua. Tuolla hetkellä ymmärsin jotakin oleellista musiikin voimasta. Musiikkiterapeutti Markku Taipaleen sanoin pääsin ”kokemisen kentälle”, joka tarkoittaa jaetun ja yhteisesti ymmärretyn kokemuksen aikaansaamaa elämäntilanteen ”pelitilaa” (Taipale 1999, 339).

Tämän tutkimuksen kautta olen päässyt systemaattisesti selvittämään, mitä kokemisen kentällä tapahtuu vuorovaikutuksen osalta. Tutkin sekä sitä, miten vuorovaikutus tapahtuu että sitä, miten sitä voidaan tukea dementiapotilaiden musiikkiterapiassa. Tutkimus avaa näkökulmia dementiapotilaiden vuorovaikutustilanteisiin sekä musiikkiterapian mahdollisuuksiin dementian hoidossa ja kuntoutuksessa.

2 TUTKIMUKSEN TAUSTAA

2.1 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten laulamalla ja muistelemalla voidaan tukea dementiapotilaiden vuorovaikutusta. Tarkastelun kohteena on erään sairaalan psykogeriatrisesta hoitoyksiköstä koottu pienryhmä, jolle pidin musiikkiterapiaa kerran viikossa kymmenen viikon ajan syksyllä 2010. Ryhmäläisille oli yhteistä dementiaan liittyvät oireet, jotka vaihtelivat lievästä keskivaikeaan dementiaan.

Olin jo pidemmän aikaa halunnut tutustua muistisairaisiin musiikkiterapian kohderyhmänä. Ikäihmisten kanssa työskentelystä sain esimakua opintojeni toisella harjoittelujaksolla syksyllä 2009, jolloin pidin musiikin kuuntelu- ja keskusteluryhmää terveille eläkeläisille. Tästä kokemuksesta innostuneena halusin jatkaa ikäihmisten parissa, mutta kokeilla hieman toisenlaista kohderyhmää.

Keräsin tutkimusmateriaalin musiikkiterapiaharjoittelun yhteydessä syyskuusta joulukuuhun 2010. Työn kytkeytyminen harjoittelujaksoon toi mukanaan omat haasteensa. Tutkimusmateriaalin tuottaminen havaintopäiväkirjan muodossa hyvään terapiakäyttöön kuuluvan muun kirjaamisen lisäksi oli työlästä varsinkin kun harjoittelun alkaessa tutkimustehtävä ei ollut vielä selkiytynyt. Lisäksi oli oltava tarkkana, etteivät terapiaprosessin tavoitteet ja tutkimuksen tavoitteet menneet sekaisin, ja että tutkimuksen teko ja tutkimusmateriaalin keruu vaikuttivat terapian kulkuun mahdollisimman vähän.

Alun perin suunnittelin, että tutkimuksen pääkysymys liittyisi pelkästään laulun käyttöön vuorovaikutuksen vahvistajana. Tutkimuksen kohteena olevan ryhmän alettua huomasin, että laulun rinnalle alkoi nousta vahvasti muisteleminen. Ne liittyivät kuitenkin kiinteästi toisiinsa siten, että muisteluteemat syntyivät lauluista. Aloin poimia yhteislaulujen sanoista erilaisia teemoja, joista keskustelimme yhdessä. Esimerkiksi Muurari-laulusta nousi muisteluaiheeksi eri ammatit, ja jotkut ryhmäläiset alkoivat kertoa työhistoriaansa. Laulut tuntuivat toimivan eräänlaisena katalysaattorina muistelemiselle. Niinpä tutkimuskysymyksessä en voinut sivuuttaa muistelun merkitystä.

Tutkimukseni pääkysymys on:

Miten vuorovaikutusta tapahtuu ja miten sitä voidaan tukea laulamiseen ja musiikki-muisteluun pohjautuvassa dementiapotilaiden musiikkiterapiassa?

Vuorovaikutuksen tutkiminen on työn ytimessä. Sanalle vuorovaikutus on monenlaisia määritelmiä riippuen siitä, missä yhteydessä ja millä tieteenaloilla sitä käytetään. Kyse on kuitenkin aina jonkin olemisesta suhteesta johonkin. Yksin ei voi olla vuorovaikutuksessa. Tietosanakirja Wikipedia määrittelee vuorovaikutuksen kahden tai useamman objektin tai tapahtuman väliseksi vaikutussuhteeksi, jossa kumpikin osapuoli vaikuttaa toiseen (Wikipedia 2011). Tässä työssä kohdistan huomioni vuorovaikutustapoihin musiikkiterapiaprosessin sisällä, jossa vuorovaikutuksen peruspilarit ovat laulaminen ja muistelutyö. Tutkin sekä ryhmäläisten että omaa vuorovaikutustani. Ryhmäläisten kohdalla olen kiinnostunut siitä, millä tavoin he ovat vuorovaikutuksessa, omalta kohdaltani taas reflektoin vuorovaikutuksen laadun lisäksi tapoja, joilla edesautan ja tuen sitä.

Tutkimuksen pääkysymys on kuin valtatie, jonne johtaa monia pienempiä polkuja. Tutkimusongelma voidaan purkaa pienempiin kysymyksiin, joihin vastaamalla saa mahdollisesti kattavamman ja syvällisemmän kuvan itse pääongelmasta. Pienemmät polut ovat laulaminen, vuorovaikutus ja muistelu, joista selvitän työn aikana seuraavia seikkoja:

Mitä on laulaminen musiikkiterapian kontekstissa?

Miten laulamista voidaan käyttää vuorovaikutuksen välineenä?

Miten eri tavoilla vuorovaikutus terapiassa tapahtuu?

Mitä on muistelutyö ja miten sitä voidaan soveltaa musiikkiterapiassa?

2.2 Tutkimusaineisto ja –menetelmät

Tutkimuksen aineisto käsittää havainnointipäiväkirjan tutkimusjakson ajalta sekä päiväkirjan yhteydessä tehdyn vuorovaikutuslomakkeen, jossa arvioidaan numeerisesti nol-lasta neljään vuorovaikutuksen aktiivisuutta (Liitteet 1 ja 2). Havainnointipäiväkirjaa pidin kaikilta kymmeneltä tapaamiskerralta. Tein vuorovaikutusarvion lomakkeella jokaisen ryhmäläisen kohdalta kahdeksalla terapiakerralla.

Tutkimus on pääosin laadullinen tutkimus, jota täydentää määrällisillä menetelmillä analysoitu tutkimusosio. Määrällisen osion tutkimukseen osallistui ryhmässä avustajana

toiminut hoitoyhteisön jäsen. Kutsun häntä jatkossa kanssatutkijaksi. Hän teki kahdeksalta kerralta numeerisen vuorovaikutusarvion, mutta ei pitänyt havaintopäiväkirjaa. Taustamateriaalina käytin kanssatutkijani kanssa käymiäni keskusteluja, loppupalaverimuistiota sekä ryhmäläisten ja avustajan antamaa palautetta viimeisellä tapaamiskerralla.

Kanssatutkijan mukaan ottamiseen tutkimusaineiston keruussa on useita syitä. Ensimmäkin tutkimuksen kohteena olevat henkilöt olivat minulle ennalta tuntemattomia. Vaikka pidin terapiaprosessin alussa kahden kerran arviointijakson, jossa tutustuin heihin ja heidän tapaansa olla vuorovaikutuksessa, en voi mitenkään sanoa pystyväni luotettavasti arvioimaan heitä vain sen perusteella. Kanssatutkija viettää osaston arjessa heidän kanssaan aikaa useita tunteja päivässä ja on saanut syvällisemmän kuvan heidän vuorovaikutuksensa laadusta. Halusin lisäksi vahvistusta omille havainnoilleni, jotta tiesin olinko lyhyen tutustumisen perusteella tulkinnut ryhmäläisten vuorovaikutustaidot oikein.

Laadullinen tutkimus sisältää aina haasteen tiedon objektiivisuudesta. Tuomi ja Sarajärvi (2009, 96) toteavat, että ”on kyse siitä, voiko tutkija kontrolloida, että analyysi tapahtuu aineiston tiedonantajien ehdoilla eikä tutkijan ennakkoluulojen saattelemana.” En yritäkään väittää, että keräsin aineistoa ilman ennakkokäsityksiä ja ennakkoluuloja. Kaikki aikaisemmin lukemani ja kokemani muokkaa tapaani tehdä havainnot. Tuomen ja Sarajärven mukaan laadullinen tutkimus on aina tekijänsä tulkintaa tutkittavasta ilmiöstä. Viime kädessä ei ole olemassa sellaista tieteellistä metodologiaa, joka takaisi absoluuttisen totuuden. Tutkimusanalyysin tekijän on itsensä tuotettava viisaus analyysiinsä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 100.)

Tutkimustyypinä tässä työssä on tapaustutkimus eli case study. Jaakko Erkkilän mukaan yleinen tutkimuksellinen lähestymistapa musiikkiterapiassa on juuri laadullinen tapaustutkimus. Tapaustutkimuksessa tutkimuksen kohteena on yksilö tai musiikkiterapiaryhmä ja tavoitteena on seikkaperäisesti kuvata terapeuttisen prosessin olennaisia sisältöjä. (Erkkilä 2003, 296.) Tapaustutkimukselle tyypillistä on, että se tutkii toiminnassa olevaa tapahtumaa, josta pyritään saamaan tietoa mahdollisimman monipuolisesti ja usein erilaisia tiedonkeruutapoja käyttäen. Jari Metsämuuronen määrittelee, että kvalitatiiviseen metodologiaan kuuluva tapaustutkimus on niin keskeinen tiedonhankintastrategia, että lähes kaikki kvalitatiivinen tutkimus on tapaustutkimusta. (Metsämuuronen 2008, 18.)

Aineiston keruuta toteutin osallistuvalla havainnoinnilla. Pidin koko terapiaprosessin ajan havaintopäiväkirjaa. Kirjasin joka terapiakerran jälkeen havaintoja, joissa kiinnitin huomiota siihen, miten terapia oli sujunut ja miten vuorovaikutusta oli kunkin ryhmäläisen kohdalla nähtävissä sekä miten itse olin vuorovaikutuksessa. Sen lisäksi arvioin ryhmäläisiä yksitellen vuorovaikutuslomakkeen avulla. Tuomi ja Sarajärvi kirjoittavat, että osallistuvassa havainnoinnissa sosiaaliset vuorovaikutustilanteet ovat tärkeä osa tiedonhankintaa. Tutkija toimii tällöin aktiivisesti tutkimuksensa tiedonantajien kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 82.)

Havainnoinnissa kiinnostukseni kohteena oli vuorovaikutus terapiatilanteessa. Jaoin vuorovaikutuksen sanalliseen ja sanattomaan. Sanalliseen vuorovaikutukseen sisällytin muistelun, keskustelun sekä laulamisen sanoilla. Sanattomaan taas kuuluivat ilmeet, eleet, kehonliikkeet, katsekontakti, tunneilmaisu sekä hyräily. Tutkimustehtävän mukaisesti kiinnostavaa oli sekä se, miten vuorovaikutusta tapahtuu sekä se, miten sitä voidaan tukea laulamisen ja muistelun avulla. Sen vuoksi kirjoitin tutkimusjakson aikana havaintoja myös omasta vuorovaikutuksestani. Halusin selvittää, mitkä ovat käyttökelpoisia keinoja rohkaista ja tukea asiakkaan vuorovaikutusta.

Havaintopäiväkirjan analysoimiseen käytin sisällönanalyysiä. Se on tutkimuksen perustyökalu, joka soveltuu kaikkiin laadullisen tutkimuksen perinteisiin. Tuomen ja Sarajärven mukaan sisällönanalyysi on väljä teoreettinen viitekehys kirjoitettujen, kuultujen tai nähtyjen sisältöjen analyysissä. Se perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti tutkimuskohteen käsitteellistämistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–112.) Luokittelin vuorovaikutuksesta tehdyt havainnot sen mukaan, oliko kyseessä sanaton vai sanallinen vuorovaikutus.

2.3 Teoreettisena viitekehyksenä kommunikaatiopainotteinen musiikkiterapia

Musiikkiterapia-alan tutkimuksen kytkeminen johonkin tiettyyn teoriaan tai viitekehykseen ei ole yksiselitteistä. Monialaisuus on sisäänleivottuna jo musiikkiterapia -termiin. Tutkimuksen painotus voi näin ollen olla terapiassa tai musiikissa. Musiikkiterapian lähialoja ovat esimerkiksi psykologia, sosiologia, psykoterapia ja musiikkitiede. Kenneth Bruscia (1998) jakaa musiikkiterapian kliinisen tutkimuksen neljään kategoriaan, jotka ovat tapahtumat, kokemukset, tuotokset ja henkilöt (Erkkilä 2003, 294). Tapahtu-

mina voidaan tutkia esimerkiksi käyttäytymistä, vuorovaikutusta, toimintaa tai ympäristötekijöitä. Kokemuksen ollessa tutkimuskohteena pääpaino on ilmiön ymmärtämisessä, tuntemisessa, havaitsemisessa tai ajattelemisessa. Tuotokset tarkoittavat esimerkiksi terapiassa syntyneitä piirustuksia, äänitteitä, runoja ja muistiin merkittyjä musiikkikappaleita eli notaatioita.

Tämän työn viitekehyksenä on kommunikaatiopainotteinen musiikkiterapia, jota käytän analyysin tukena soveltuvien osien. Sen lisäksi otin vuorovaikutuksen käsitteistöä aktiivisen kuuntelun tekniikoista, joita Ahonen kuvailee teoksessa *Vuorovaikutus auttamisen välineenä* (1997). Aktiivisen kuuntelun tekniikoita hyödynnetään esimerkiksi keskusteluun pohjautuvassa psykoterapiassa, mutta yhtä hyvin ne soveltuvat musiikkiterapiankin käytäntöön.

Kommunikaatiopainotteinen musiikkiterapia on Ahosen nimeämä musiikkiterapiamalli, jonka hän määritteli musiikkiterapeuttien erilaisia työotteita ja terapiamalleja lasten musiikkiterapiassa käsittelevässä väitöstutkimuksessaan (Ahonen-Eerikäinen 1998). Ahosen mukaan musiikin tehtävänä on kommunikaatiopainotteisessa musiikkiterapiassa olla kontaktin syntymisen, itseilmaisun ja vastavuoroisen dialogin muotona ja välineenä. Ahonen kuvailee mallin löytymistä seuraavasti: ”Kommunikaatiopainotteinen musiikkiterapia oli eräänlainen yläkategoria ja yhteinen alkutila kaikille muille musiikkiterapiamuodoille. Yleensä musiikin kommunikaatiofunktio korostuukin tilanteissa, joissa yksilöllä ei ole kommunikaatiokeinoja tai tunteille ja kokemuksille ei löydy kielellistä kuvausjärjestelmää.” (Ahonen-Eerikäinen 1999, 8.) Vaikka kommunikaatiopainotteista mallia käytetään enimmäkseen lasten musiikkiterapiassa, se soveltuu Ahosen mielestä hyvin myös dementiapotilaille ja muille vuorovaikutuksessa tukea tarvitseville aikuisasiakkaille.

Kommunikaatiopainotteinen musiikkiterapiamalli kumpuaa varhaisen vuorovaikutuksen teorioista, joista keskeisimpiä ovat Daniel Sternin ja Donald Winnicotin teorit. Sternin tutkimukset vauvan ja äidin vuorovaikutuksesta osoittavat, että vauvan minuus kehittyy ja laajenee eri vaiheiden kautta. Laajeneminen on mahdollista vain vuorovaikutuksessa toiseen ihmiseen, yleensä lähimpään eli primaarihoitajaan. Kysymys on tunteiden yhteensulautumisesta ja sen jälkeen jakamisesta, joka on edellytys yksilön terveen minän ja itsetunnon kehittymiselle. (Stern 1985, 124–125.) Winnicotille vuorovaikutus on

eräänlaista leikkiä, johon äiti ja lapsi vuorotellen kutsuvat toisiaan (Winnicot 1971, 38–64). Äidin empatia ja vastavuoroisuus ovat vuorovaikutuksen perusta ja edellytys.

Ahonen jakaa kommunikaatiopainotteisen musiikkiterapian vuorovaikutuksen tasot kuuteen: 1) Kohtaaminen musiikissa, joka tarkoittaa dialogin käynnistämistä musiikkia apuna käyttäen. Terapeutti pyrkii pääsemään kontaktiin ja virittämään itseään samalle aaltopituudelle asiakkaan kanssa esimerkiksi peilaamalla asiakkaan ääniä ja liikkeitä. 2) Itsetietoisuuden ja itseilmaisun herääminen tarkoittaa vaihetta, jossa asiakas huomaa, että terapeutti reagoi hänen tekemiinsä. Terapeutin tehtävänä on stimuloida asiakasta reagoimaan musiikkiin ja jatkaa itse reagoimista asiakkaan toimintaan. 3) ”Pomouden” kokemisen tarkoituksena on, että asiakas säätelee vuorovaikutusta ja saa kokemuksen, miltä tuntuu ohjata dialogia, mutta ei vielä ymmärrä dialogin sääntöjä. 4) Vastavuoroisen dialogin kehittämisessä on mahdollisuus tasaveroiseen ja vastavuoroiseen kommunikaatioon. 5) Puheen stimulointia tarvitaan, mikäli asiakkaalla on kielellistä vaikeutta. Sitä voidaan harjaannuttaa laulamalla ja erilaisilla rytmi- ja liikeharjoituksilla. 6) Symbolisen leikki liittyy Ahosen mukaan musiikkipsykoterapiaan. Siinä terapeutin suhde nähdään potentiaalisena tilana, jossa vuorovaikutus, leikki sekä kasvuprosessit voivat käynnistyä. (Ahonen 1999, 88–93.)

Tässä työssä käytän osia kommunikaatiopainotteisen musiikkiterapian teoriasta. Puheen stimuloiminen on yksi käyttämästäni terapeuttisista interventioista. Ahosen mukaan auditiivista muistia voi harjaannuttaa ennakoivan ”vinkin” avulla esimerkiksi niin, että laulusta soitetaan vain melodia ja annetaan asiakkaalle aikaa hakea itse kappaleen aloitussanat. (Ahonen 1999, 57.) Menetelminä voi olla kaikulaulu, laulun rytmittäminen liikkeen avulla sekä laulun käyttö keskustelun aikaansaamiseksi.

2.4 Aikaisemmat tutkimukset

Musiikin käyttö dementian kuntoutuksessa näyttää olevan erittäin ajankohtainen aihe. Siitä on tehty viime vuosina useita hoitotyön, sosiaalityön sekä musiikkikasvatuksen alan opinnäytetöitä. Sen sijaan musiikkiterapian kotimainen tutkimus on vasta ottamassa tuulta siipiensä alle.

Lähimpänä tämän työn aihepiiriä on Risto Jukkolan musiikkiterapian pro gradu -tutkielma, joka käsittelee yhteislaulua musiikkiterapiamenetelmänä dementoituneiden

musiikkiryhmässä. Jukkola tutki videoimalla, havainnoimalla ja hoitajia haastattelemalla, millainen sija terapialla oli potilaiden elämänlaadun parantamisessa ja persoonan tukemisessa. Jukkolan loppupäätelmänä oli, että musiikkiterapian mahdollisuudet dementian hoidossa liittyvät sairauden aiheuttamien deprivatioiden lieventämiseen. Esimerkiksi haastattelulomakkeista havaittiin mm. depression, vaeltelun ja levottomuuden vähenemistä. (Jukkola 1999, 36.) Jukkolan työ eroaa tästä tutkimuksesta siten, että hänellä tutkimuksen kohteena oli kaksi puoliavointa musiikkiterapiaryhmää ja päämenetelmänä yhteislaulu. Tarkastelujakso on hänellä myös pidempi, noin yksi vuosi.

Virpi Pihlaisen pro gradu käsittelee musiikin mahdollisuuksia tukea puheentuottoa ja non-verbaalia viestintää vaikea-asteista dementiaa sairastavilla vuodepotilailla. Pihlaisen tapaustutkimus koski kahden vaikeasti dementoituneen potilaan musiikkiterapiaprosessia. Tutkimusmenetelminä olivat osallistuva havainnointi ja videointi. Tuloksissa kävi ilmi, että vaikea-asteisen dementiapotilaan puheentuottoa voidaan aktivoida musiikkiterapialla, mutta uusien sanojen tuottoa ei terapiassa ilmaantunut. (Pihlainen 2001, 46.)

Ajankohtaisia ammattikorkeakoulu- sekä yliopistotasoisia opinnäytetöitä musiikin virkistyskäytöstä dementiapotilailla löysin muutamia. Anne Heiskanen ja Miina Inkilä (2011) ovat sosiaalialan opinnäytteessään tutkineet, miten yhteislauluun perustuvasta ryhmätoiminnasta voidaan rakentaa asiakaslähtöinen toimintamalli vanhusten palvelukeskuksessa. Nicola Puljujärvi (2010) on tutkinut musiikin mahdollisuuksia dementia-työssä hoitotyön näkökulmasta. Juha Nevalaisen (2010) toiminnallinen hoitotyön opinnäyte sisältää ohjeistuksen työntekijöille, kuinka musiikkia voidaan käyttää osana dementiaa sairastavien viriketoimintaa. Reetta Puttonen ja Heidi Pulkkinen (2010) tutkivat hoitotyön opinnäytteessään dementiaa kuntouttavaa viriketoimintaa, joka sisälsi musiikkia ja muistelua. Katja Vanhala (2010) on musiikkikasvatuksen pro gradu –työssään tutkinut musiikin vaikutusta ikääntyneiden asukkaiden hyvinvointiin kahdessa jyvaskyläisessä palvelutalossa.

Muualla maailmassa dementian ja musiikin yhteyttä on tutkittu paljon. Kogerin, Chapinin ja Brotonsin yli kymmenen vuotta vanha artikkeli esittelee 21 empiiristä tutkimusta, jotka käsittelevät musiikin ja musiikkiterapian suotuisia vaikutuksia dementian kuntoutuksessa (Koger, Chapman & Brotons 1999). Australialaisen Wendy Chattertonin väitöstyö koostuu laajasta kirjallisuuskatsauksesta, jossa vertaillaan musiikkiterapeuttien ja

hoitajien tapaa laulaa dementiapotilaille. Musiikkiterapeuttien laulamissa painottuivat kognitiiviset, behavioraaliset, psyykkiset ja sosiaaliset tavoitteet kun taas hoitajien laulun painopiste oli dementiapotilaan elämänlaadun ja päivittäisten toimien sujuvuudessa. (Chatterton 2009.)

Ruotsalaisen Eva Götellin urauurtavan väitöstutkimuksen aiheena on laulamisen ja musiikin käyttö dementian hoidossa. Työ on artikkeliväitöskirja, joka perustuu viiteen eri tutkimukseen. Niiden aiheina ovat ohjattujen musiikkituokioiden merkitys dementoituville, hoitajien laulamisen ja soittamisen vaikutus dementoituvan verbaaliin kommunikatoon, taustamusiikin ja laulamisen vaikutus dementoituvan liike- ja aistitietoisuuteen aamutoimissa, laulamalla ja äänellä tuotettujen tunteenilmausten merkitykseen hoitajan ja dementoituvan välisessä vuorovaikutuksessa sekä yleiskuvaus aktiivisen laulamisen ja dementoituvan mukaan laulamaan kehottamisen kokemuksista. (Götell 2003.)

Väitöstyön jälkeen Götell on ollut mukana useissa tutkimusryhmissä, jotka ovat julkaisseet dementia-aiheesta tieteellisiä artikkeleita (esim. Engström, Hammar, Williams, & Götell 2011 sekä Hammar, Götell, Emami & Engström 2011). Huomion arvoista artikkeleissa on käsitteiden vakiinnuttaminen ja yhtenäistäminen. Useissa artikkeleissa käytetään esimerkiksi käsitettä MTC, joka on lyhenne sanoista *music therapeutic caregiving*. Se tarkoittaa tiivistetysti musiikin terapeuttisten mahdollisuuksien hyödyntämistä hoitotyön arjessa. Huomionarvoista tuloksissa on, että erityisesti silloin, kun hoitaja laulaa aktiivisesti hoitotilanteessa, se edesauttaa kielellistä kommunikaatiota, kohentaa asukkaiden vartalon asentoa, parantaa kehotietoisuutta ja vähentää potilaan aggressiivisuutta hoitajaa kohtaan.

Suomessa edellisessä kappaleessa viitattua MTC:n kaltaista toimintaa toteutetaan parhaillaan laajassa Muistaakseni laulan –tutkimushankkeessa, jonka tuloksia ei ole vielä julkaistu tämän työn kirjoittamisen aikaan. Hankkeessa rakennetaan musiikkivalmennusmallia muistisairaiden henkilöiden kuntoutukseen yhteistyössä potilaiden omaisten sekä hoitohenkilökunnan kanssa. Tutkimukseen osallistuu 90 lievästi tai keskivaikeasti muistisairasta. Vaikuttavuustutkimuksessa on mukana Helsingin yliopiston käyttäytymistieteiden laitos, Sibelius-Akatemia sekä Miina Sillanpään Säätiön. (Miina Sillanpään säätiö 2011.)

Toinen merkittävä hanke on Sävel Soikoon. Se on Eläkeliiton, Miina Sillanpään säätiön sekä Vanhustyön keskusliiton hanke, jossa koulutetaan vapaaehtoisia ohjaamaan musiikkiryhmiä ikäihmisille. Hankkeen tavoitteena on vapaaehtoisten kouluttamisen lisäksi turvata vapaaehtoisten jaksamista sekä tuottaa musiikkiaiheista materiaalia. (Eläkeliitto 2011.)

3 DEMENTIA

3.1 Dementoivat sairaudet

”Dementialla tarkoitetaan tilaa, jossa henkilön useat älylliset toiminnot ja aivotoiminnot ovat heikentyneet rajoittaen hänen sosiaalista selviytymistään” (Huttunen, 2011). Dementia ei tarkoita mitään yksittäistä sairautta vaan siinä on kyse oireyhtymästä, jonka taustalla on aina yksi tai useampia eri sairauksia. Dementoivat sairaudet aiheuttavat mielen pirstaloitumista, josta seuraa turvattomuuden tunnetta, levottomuutta, käytöshäiriöitä sekä vaikeuksia orientoitua paikkaan ja aikaan. Pahimmillaan dementoituva elää kuin tyhjiössä, jossa hän saa asitikokemuksia itsestään, mutta ei kykene järjestämään niitä mielekkäästi suhteessa ulkopuoliseen maailmaan. (Taipale 1999, 335.)

DSM-IV – tautiluokituksessa on määritelty kriteerejä dementialle (Sulkava 2010, 121). Luokituksen mukaan dementiaan liittyy aina heikkenemistä useammalla älyllisellä toimintakyvyn alueella mukaan lukien muistihäiriö. Sen lisäksi siihen voi kuulua kielellisiä häiriöitä (afasia), esineiden tunnistamisen ja merkityksen ymmärtämisen vaikeutta (agnosia), liikesarjojen suorittamisvaikeus (apraksia) sekä toiminnanohjauksen häiriöitä. Täyttääkseen tautiluokituksen kriteerit täytyy dementiaassa älyllisen toimintakyvyn muutosten aiheuttaa merkittävää haittaa potilaalle ja rajoittaa hänen sosiaalista ja ammatillista toiminnan tasoa. (Sulkava 2010, 121.)

Arkikielessä puhutaan usein muistipotilaista ja dementiapotilaista synonyymeinä.

Muistihäiriö ja dementia eivät kuitenkaan tarkoita samaa, sillä huomattava osa muistihäiriöistä johtuu muista syistä kuin dementiaasta. Nykyisin esimerkiksi Alzheimerin tauti pystytään diagnosoimaan joissain tapauksissa aivokuvantamisella jo niin varhain, että potilas ei vielä täytä tautiluokituksen kriteerejä. Tällöin olisi hyvä puhua etenevästä muistisairaudesta. (Sulkava 2010, 120.)

Dementian syitä tunnetaan yli sata, eikä niiden seikkaperäinen selvittäminen ole mielekästä tämän työn puitteissa. Esittelen seuraavassa muutamia yleisimpiä dementiaoireyhtymään kuuluvia sairauksia ja niiden tunnusmerkkejä.

Alzheimerin tauti on tavallisin dementian aiheuttaja. Se on syynä noin 60 % kaikista dementiatapauksista. Alzheimerin tauti alkaa yleensä lievillä muistihäiriöillä ja taudin

edetessä lähimuisti huononee huomattavasti. Tyypillistä on tavaroiden katoaminen ja sanojen unohtelu. Arkielämän toiminnot kuten ruoanlaitto ja pukeminen vaikeutuvat. Lopulta tulevat ekstrapyramidaaliset oireet, joita ovat esimerkiksi töpöttävä kävely, kumara asento ja kasvojen ilmeettömyys. Sairaudentuntua ei useinkaan ole, ja potilas saat-
taa vakuuttaa lähipiirilleen selviävänsä itsenäisesti arjesta. Aivojen magneettikuvassa on näkyvissä usein aivojen surkastumista ohimo- ja päälakilohkojen alueella. (Sulkava 2010, 124.)

Aivoverisuoniperäiset dementiat johtuvat aivojen valtimoiden tukoksista, jotka johtavat infarkteihin. Tämä dementiatyyppi on hyvin heterogeeninen oireyhtymä ja siihen kuuluu noin 15 % kaikista muistihäiriöpotilaista. Kortikaalisessa aivoverisuonidementiassa infarkti tapahtuu yleensä keskimmaisessa aivovaltimossa. Sen seurauksena potilaan älylliset toiminnot heikkenevät. Tyypillistä on asioiden järjestelmällisen suorittamisen ja suunnittelun vaikeus. Aivokuvauksessa näkyy infarktin aiheuttama valkean aineen kato aivokammioiden ympärillä. (Sulkava 2010, 127.)

Lewyn kappale –tauti on saanut nimensä aivokuoren sekä aivorungon hermosolujen sisällä olevista jyväsistä, joita kutsutaan Lewyn kappaleiksi. Nämä aivotoimintojen muutoksia aiheuttavat kappaleet löysi Friedrich Heinrich Lewy jo viime vuosisadan alussa, mutta viralliseen tautiluokitukseen sairaus pääsi vasta 1980. Lewyn kappaletauti on kolmanneksi yleisin dementoiva sairaus. Toisin kuin Alzheimerin taudissa, Lewyn kappaletautia sairastavalla voi lähimuisti ja oppimiskyky säilyä pitkään kohtalaisena, mutta potilaalla esiintyy visuospatiaalisten toimintojen heikkenemistä, esimerkiksi hyvin todentuntuksia näköharhoja. (Sulkava 2010, 128–129.)

Edellä mainittujen yleisimpien dementoivien sairauksien lisäksi on olemassa suuri joukko pienempiä tautiryhmiä. Niistä mainittakoon aivojen otsa- ja ohimolohkoihin kohdistuva degeneraatio, liiallisesta alkoholin käytöstä aiheutuva alkoholidementia, Parkinsonin taudin yhteydessä esiintyvä dementia sekä Creutzfeldt-Jakobin tauti. (Sulkava 2010, 131–133.)

3.3 Näkökulmia vuorovaikutukseen – Samalle aaltopituudelle

Kaikki musiikkiterapia perustuu vuorovaikutukseen. Musiikki voi toimia sekä yksilön sisäisen vuorovaikutuksen että terapeutin ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen alullepanijana ja ylläpitäjänä. Ilman vuorovaikutusta ei ole tavoitteellista terapiaa. Musiikin

rooli terapiassa voi olla karkeasti jaettuna kahdenlainen. Joissakin terapiaprosesseissa musiikin rooli on ensisijainen ja sitä pidetään kaikkein tärkeimpänä terapian työkaluna (*music as therapy*). Edellisen mukaan musiikki itsessään sisältää terapeuttisen elementin. Kun taas halutaan painottaa terapeuttia ja terapeuttista suhdetta, musiikki nähdään vain yhtenä osatekijänä terapiatavoitteiden saavuttamisessa (*music in therapy*). (Bruscia 1998, 44.) Ahonen konkretisoi musiikin kahtalaista merkitystä terapiassa sanomalla, että toisessa musiikki on terapiaa itsessään ja ”ovi, josta yhdessä astutaan” kun taas toisessa musiikin tehtävänä on olla ”avain, joka avaa ovet” (Ahonen–Eerikäinen 1999, 6). Musikaalinen interventio ilman terapeuttia on siis yhtä vähän musiikkiterapiaa kuin terapeuttinen interventio ilman musiikkia.

Dementiapotilaan kanssa vuorovaikutuksessa oleminen voi olla haasteellista omaisille ja hoitohenkilökunnalle. Miten tulkita potilasta, jonka puhekyky on heikentynyt? Miten päästä samalle aaltopituudelle henkilön kanssa, jonka aika-paikka –orientaatio on heikkoa? Esittelen seuraavassa validaatiomenetelmiä, jotka kehitetty helpottamaan vuorovaikutusta muistisairaana kanssa ja joilla on yhteistä teoriapohjaa kommunikaatiopainotteisen musiikkiterapian kanssa.

Naomi Feilin kehittämä validaatiomenetelmä keskittyy verbaalin vuorovaikutuksen sijaan emotionaaliseen vuorovaikutukseen. Kun puhe puuttuu, korostuu potilaan tarpeista lähtevän tunnetason ymmärtäminen. Perusajatuksena on eläytyä empaattisesti potilaan tunne- ja kokemusmaailmaan tuomitsematta ja kritisoiden häntä. Feil käyttää dementian sijasta disorientaatio-termiä, joka voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen. Disorientaation taso määrittää sen, millaiseen vuorovaikutukseen vanhus on pystyväinen. Ensimmäistä vaihetta kutsutaan malorientaatioksi. Siinä vanhus on vielä orientoitunut paikkaan ja aikaan, mutta tietää, että jotakin on vialla ja siitä johtuen hän ei ole onnellinen. Toisessa, ajan tajun hämärtyamisen, vaiheessa älylliset kyvyt ja looginen ajattelu huononevat selkeästi. Kolmannessa vaiheessa toistuvat liikkeet korvaavat puheen ja vanhus alkaa vetäytyä omaan maailmaansa. Neljättä vaihetta Feil kutsuu ”sikiövaiheeksi”. Siinä vanhus on kääntynyt täysin sisäänpäin ja vuorovaikutus on lähes mahdotonta. (Feil 1993, 53.)

Suomalainen sovellus validaatio-menetelmästä on TunteVa -vuorovaikutusmenetelmä. Se on rekisteröity tavaramerkki ja sen valtakunnallisesta koulutuksesta ja tunnetuksi tekemisestä vastaa Tampereen Kaupunkilähetys ry. TunteVa-menetelmän perusajatuks-

sia on viisi: 1) Ihminen, myös muistisairas on arvokas, 2) Myös dementoituva ihmissellä on tunteet ja tarpeet, 3) Dementoituvan ihmisen kohtaamisessa tarvitaan pysähtymistä ja todellista kuuntelemista, jolla rakennetaan luottamusta, 4) Dementoituvan sanomisella ja tekemisellä on mieli ja merkitys hänelle itselleen, 5) Dementoituva ihminen haluaa olla ”sujut” elämänsä kanssa. Hän haluaa aikanaan kuolla rauhassa. Kun vaiettuja, kipeitä kokemuksia ja tukahdutettuja tunteita nousee esiin, ne vaativat tulla käsitellyiksi tavalla, johon muistisairas ihminen kykenee. Tämä on mahdollista arvostavassa ilmapiirissä, jossa häntä autetaan ilmaisemaan kokemuksiaan ja tunteitaan mitään väheksymättä ja mitätöimättä (Kämäräinen 2008, 4). TunteVa-menetelmässä suositellaan myös yhdessä laulamista tai ylipäänsä sellaista yhteistä toimintaa, jossa dementoituva saa osallisuuden kokemuksia. Laulamista ja lorujen käyttöä suositellaan myös hankalissa, esimerkiksi pesuun liittyvissä, arjen tilanteissa. (Kämäräinen 2008, 32.) Erään tutkimuksen mukaan dementikon haastavaan käyttäytymiseen tehoavat parhaiten huomion kiinnittäminen muualle, omaan huoneeseen ohjaaminen, huumorin käyttö, rauhallinen puhe ja kosketus (Mansikkakorpi, Pälkä & Valkila 2003, 63).

Validaatiomenetelmillä ja kommunikaatiopainotteisella musiikkiterapialla näyttää olevan yhteistä tarttumapintaa. Ahosen mukaan ”kommunikaatiopainotteiselle musiikkiterapialle tyypilliset musiikilliset interventiot sisältävät ’samalle aaltopituudelle’ menemistä musiikillisesti ja kohtaamista musiikillisessa peilissä” (Ahonen-Eerikäinen 1999, 24). Peilaaminen tarkoittaa lapsen soiton ja kommunikoinnin jäljittelyä, jonka avulla terapeutti osoittaa, että on kuullut ja arvostaa sitä, miten lapsi ilmaisee itseään. Feilin ehdottaa esimerkiksi toistuvien liikkeiden vaiheessa olevaa disorientoitunutta vanhusta lähestyttävän peilaustekniikan avulla. Kontakti on mahdollista saada myötäilemällä vanhuksen kehon liikkeitä ja hengityksen rytmiä, peilaamalla katsetta ja alahuulen asentoa sekä mahdollista ääntä. (Feil 1993, 83.) Feil puhuu samalle aaltopituudelle virittäytymisestä ja kehottaa etsimään kommunikaatiossa samaa tunneilmastoa vanhuksen kanssa (Feil 1993, 79).

3.4 Musiikkiterapia ja dementia

Musiikkiterapiasta ei ole olemassa yhtä oikeaa määritelmää. Määritelmä voidaan tehdä ottaen huomioon terapiasuuntaukset ja terapeutin painotukset. Yleispätevä ja ymmärrettävä määritelmä on muotoiltu Suomen musiikkiterapiayhdistyksessä: ”Musiikkiterapia on hoito- ja kuntoutusmuoto, jossa musiikkia ja sen eri elementtejä (rytmi, melodia,

harmonia, muoto, sointiväri, dynamiikka jne.) käytetään vuorovaikutuksen keskeisenä välineenä yksilöllisesti asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi” (Ala-Ruona, Saukko & Tarkki 2009, 4). Juuri toiminnan tavoitteellisuus ja terapeutin ammatillinen pätevyys erottavat musiikkiterapian muusta musiikin virkistyskäytöstä, mikä lienee yleistä monissa dementiahoitokodeissakin.

Suomen Kuntaliiton ja Suomen musiikkiterapiayhdistyksen laatimassa Musiikkiterapianimikkeistössä (2009) määritellään musiikkiterapiapalveluja ja menetelmiä. Musiikkiterapiamuodot on nimikkeistössä jaettu karkeasti kolmeen:

- 1) Aktivoivassa musiikkiterapiassa tavoitteena voi olla kontaktin syntyminen musiikin avulla, aivotoimintojen aktivoiminen, itseilmais- ja kommunikaatioväylän löytäminen sekä tietoisuuden lisääntyminen omasta kehosta ja tunteista.
- 2) Toiminnallisia valmiuksia edistävässä ja ylläpitävässä terapiamuodossa tavoitellaan esimerkiksi asiakkaan itseluottamuksen ja myönteisen minäkuvan vahvistumista, sosiaalisia valmiuksia, omatoimisuuden lisääntymistä, kehonhahmotuksen ja vartalonhallinnan kehittymistä, aistihavaintojen jäsentymistä, rentoutumista, kivunlievitystä, käyttäytymisen jäsentymistä.
- 3) Tukea antava eli supportiivinen musiikkiterapia tähtää asiakkaan itseluottamuksen vahvistumiseen, omien voimavarojen ja vahvojen puolien löytämiseen, ahdistuksen, masennuksen tai muiden psyykkisten oireiden lievenemiseen, kriisivaiheen yli selviytymiseen, työ- tai toimintakyvyn ylläpitämiseen sekä elämänlaadun koheneminen.

Miksi sitten musiikkiterapia soveltuu erityisen hyvin dementian kuntoutukseen? Erään näkökulman tarjoaa aivotutkimus. Dementiassa kognitiivisista prosesseista vastaavat aivoalueet ovat vaurioituneet aiheuttaen esimerkiksi lähimuistin radikaalia heikkenemistä, puheen vaikeutumista tai sen katoamista sekä kyvyttömyyttä abstraktiin ajatteluun ja järjestelmällisyyteen. Kuitenkin jopa vaikea-asteisella dementia-potilaalla saattaa motoriikka sekä ”taitomuisti” toimia vielä kohtuullisesti. Laulaminen ja soittaminen ovat taitoja, jotka voivat säilyä dementoituvalla pitkään senkin jälkeen, kun puhe on kadonnut. (Taipale 1999, 338.)

Musiikki ja erityisesti tutut laulut voivat herättää dementoituneelle voimakkaita tunne-muistoja. Aivotutkimuksien mukaan tämä johtuu siitä, että kuulohermosta on suora yhteys aivojen limbiseen järjestelmään. Limbinen järjestelmä vastaa pitkäaikaisesta muistista sekä tunteiden prosessoinnista. Tutut laulut herättävät usein muistoja, joilla on laulajalleen henkilökohtaista merkitystä tunteiden tasolla. Tuttu musiikki näyttää ohittavan aivojen kortikaalisen tason ja menevän suoraan tunteiden tasolle. Siitä syystä dementoituneen henkilön on mahdollista saavuttaa musiikissa syvällisiä itseyden kokemuksia. (Tomaino 2000, 197.)

Musiikin neurotieteilijä Oliver Sacks kuvailee teoksessa *Musikofilia* pitkälle edennyt dementiaa sairastavia potilaita, joihin kontaktin saaminen tuntuu lähes mahdottomalta. Hänen kokemuksensa mukaan ”musiikkiterapia on mahdollinen tällaisillekin potilaille, sillä musiikin havainto, musikaalinen herkkyys, musiikkiin liittyvä tunne ja musiikki-muisti voivat säilyä kauan senkin jälkeen kun muut muistin muodot ovat kadonneet. Oikeanlainen musiikki voi tarjota suunnan ja ankkurin, kun melkein mikään muu ei voi sitä tehdä” (Sacks 2009, 390).

Mitä sitten voisi olla Sacksin kuvaama ”oikeanlainen musiikki”? Musiikki ei todellakaan ole universaali kieli yhtä vähän kuin musiikkiterapia on reseptipankki, josta voidaan tilata mieleisintä auditiivista lääkettä. Dementiapotilaille tutuilla, henkilökohtaisesti merkityksellisillä, lauluilla on todettu olevan eniten stimuloivaa vaikutusta (Tomaino 2000, 196). Olisiko oikeanlainen musiikki lopulta sitä, joka tulee lähimmäksi dementoituvan kokemusmaailmaa, oli sitten kyse menneisyyden kokemuksista tai nykyhetkessä koetusta.

David Aldridge esittää, että musiikkiterapia hyödyttää dementiapotilasta eri vuorovaikutuksen tasoilla. Terapialla on myönteistä vaikutusta potilaan henkilökohtaisiin vuorovaikutustaitoihin, jossa sillä voidaan edistää taitojen ylläpitoa ja unohtuneiden taitojen palauttamista sekä kannustaa oppimaan uutta. Sosiaalisen vuorovaikutuksen tasolla terapia motivoi tarkoituksenmukaiseen vuorovaikutukseen muiden kanssa, edistää vuorovaikutusta terapiaistunnon aikana, saa aikaa spontaania vuorovaikutusta sosiaalisissa tilanteissa sekä helpottaa hoitajan ja dementikon välistä vuorovaikutusta. Käyttäytymisen tasolla musiikkiterapia vähentää agitaatiota ja haastavaa käyttäytymistä sekä lievittää pelkoa ja ahdistusta. (Aldridge 2000, 22.)

Musiikki ja yhdessä laulaminen vahvistavat yhteisöllisyyttä ja yhteenkuuluvuuden tunnetta sekä auttavat keskittymään. Monille dementoituville laulutuokio saattaa olla pisin aika, jonka he pystyvät olemaan keskittyneinä mielekkääseen ja tavoitteelliseen toimintaan. (Clair 2000, 95.)

Kun tutkitaan dementia potilaiden vuorovaikutusta musiikkiterapiassa, on otettava huomioon, että potilaan sisäinen kokemus osallistumisesta saattaa olla hyvin erilainen kuin ulospäin näyttää. Jukkolan mukaan dementia potilas saattaa kuvitelleensa laulaneensa mukana tai tanssineensa vaikka on näyttänyt nukkuvan. (Jukkola 1999, 8.)

4 VUOROVAIKUTUKSEN VÄLINEITÄ MUSIIKKITERAPIASSA

4.1 Laulu

Laulun vuorovaikutuksellisten elementtien uskotaan olevan vanhempaa kuin puheen. Eräiden tutkijoiden mukaan jo nykyihmistä edeltäneet homo erectus –ihmiset olisivat käyttäneet laulamista tunteiden ilmaisuun. Hyminän kaltainen alkukieli saattoi palvella tunteiden ja sosiaalisen yhteenkuuluvuuden ilmaisemisen tarvetta. Nykyisinkin ihmis-lapsi käyttää ääntään laulun kaltaisesti paljon ennen kuin osaa puhua. (Leisiö 2006, 11.)

Musiikkiterapiassa laulaminen on erittäin paljon käytetty menetelmä. Laulaa voidaan sekä yksilöterapiassa että terapiaryhmässä. Laulaminen on hyvä kontaktin saamisen ja ylläpitämisen väline. Laulaminen myös tehostaa fysiologisia toimintoja kuten hengitystä ja verenkiertoa ja vaikuttaa lihaksiin rentouttavasti (Clair 2000, 88–95). Laulaminen perustuu resonointiin. Äänihuulissa tapahtuva värähtely vahvistuu pään ja rintakehän onteloissa, jotka toimivat resonaattoreina. Laulaminen on parhaimmillaan eräänlaista äänihierontaa, joka elävöittää kehoa ja mieltä.

Ahosen (1993, 221) mukaan laulun avulla voidaan työskennellä esimerkiksi terapiaryhmän jäsenten osallistumisen, realiteettiorientaation, laulujen erilaisten tunnesisältöjen tai laulamisen itsensä herättämien tunteiden kanssa. Myös havainnot itsestä suhteessa muihin ja omaan henkilöhistoriaan sekä transferenssin eli terapeuttiin kohdistuvien vastatunteiden tutkiminen on mahdollista laulua käyttämällä.

Musiikkiterapeutti Markku Taipale vertaa tuttujen laulujen laulamista mallipiirustukseen, jossa jokainen taiteilija työstää samasta mallista erinäköisen taideteoksen. ”Jokaisessa teoksessa olisi jotain yhdistävää, mutta tarkemmin maalauksia tutkittaessa ne todennäköisesti kertoisivat enemmän tekijästään kuin kuvattavasta kohteesta” (Taipale 1998, 77). Tällä Taipale tarkoittaa laulujen avulla saatua mahdollisuutta tutustua laulajan yksilölliseen maailmaan. Jokainen laulu avautuu laulajalleen kokemuksen tasolla ainutkertaisella tavalla.

4.2 Sanallinen vuorovaikutus

Aktiivinen kuuntelu on terapeutin käyttämä vuorovaikutusmenetelmä. Sen tarkoituksena on selvittää, mitä ja miksi asiakas ajattelee ja tuntee kertomallaan hetkellä. Aktiivinen kuuntelija viestii koko persoonallaan – ilmeet ja eleet mukaan lukien – että hyväksyy asiakkaan ja haluaa auttaa häntä. (Ahonen, 1997, 117–118.)

Aktiivisen kuuntelun menetelmänä on esimerkiksi selventäminen eli klarifikaatio, jonka tarkoituksena on auttaa sekä asiakasta että terapeuttia ymmärtämään ajatuksiaan ja sanomaansa mahdollisimman hyvin. Terapeutti voi toistaa asiakkaan sanoman sanatarkasti tai muotoilla sen omin sanoin, jotta voi tarkistaa onko ymmärtänyt siten kuin asiakas on tarkoittanut. Tunnetilan tarkastamista on myös klarifikaatiota, jossa pääpaino on kommunikaatioprosessissa havaitussa tunnetilassa ja non-verbaalissa viestinnässä. Terapeutti voi tiedustella asiakkaan tunnetilaa esimerkiksi kysymyksen muodossa. (Ahonen 1997, 118.)

Muita aktiivisen kuuntelun menetelmiä ovat avainkysymysten esittäminen sekä uuden näkökulman tarjoaminen. Avainkysymykset voivat olla avoimia, johdattelevia tai erityiskysymyksiä. Avoin kysymys antaa mahdollisuuden asiakkaalle kertoa mieltä painavat asiat uudelleen, eri järjestyksessä ja ehkä eri sanoin. (Ahonen 1997, 120.) Johdatteleva kysymys auttaa selventämään ongelman ytimen. Erityiskysymys kohdistuu johonkin tarkemmin rajattuun ongelma-alueeseen.

Musiikkiterapiassa on luontevaa liittää keskustelu musiikkiin. Terapeutti voi johdattaa keskustelua esimerkiksi siten, että kysyy asiakkaalta, kuinka musiikillinen kokemus yhdistyy asiakkaan muihin kokemuksiin ja mikä niiden suhde on. Musiikilla on vahva kyky nostaa tunteita ja mielikuvia pintaan. Musiikki voi antaa myös etäisyyttä, jos jokin asia on liian arkaluonteinen sanottavaksi ääneen. Terapiassa on yleistä, että asiakas sanoo tietyn musiikkikappaleen kertovan juuri hänestä tai hänen elämäntilanteestaan. Musiikin ominaisuuksista on usein helpompi puhua kuin omaa persoonaa koskevista ominaisuuksista. (Bruscia 1998, 64–70.)

4.3 Sanaton vuorovaikutus

Sanaton viestintä on usein vahvasti läsnä terapiassa tapahtuvassa vuorovaikutuksessa. Ahosen (1997, 107) mukaan kehonkieli on vähintään yhtä tärkeä väline ihmisten välisessä tiedonsiirrossa kuin puhuttu kieli. Hän käyttää sanattomasta viestinnästä termiä oheisviestintä, joka sisältää mielikuvakielen, kehonkielen ja tunteiden ilmaisemisen. Mielikuvaviestintää ovat esimerkiksi mainokset, jotka ohjaavat mielikuvia vaikkapa siitä, mikä on kaunista. Myös ennakko-odotukset, -luulot ja niihin liittyvät mielikuvat vaikuttavat vuorovaikutusprosessiin.

Kehonkieleen kuuluvat äänen korkeus ja sävy, tapa liikkua ja toimia, kosketusviestintä sekä merkkikieli. Tunteet ja kehonkieli kulkevat käsi kädessä. Usein tunteenilmaukset näkyvät kehossa, vaikka niitä yritettäisiinkin peittää. Esimerkiksi hermostuneisuus, viha ja pelko voivat näkyä jännittyneinä lihaksina, hikoiluna tai laajentuneina pupilleina. (Ahonen 1997, 109.)

Kimmo Lehtonen (1996, 43–44) on pohtinut musiikin suhdetta ruumiillisuuteen ja kehonkieleen. Hänen mukaansa soiva musiikki on kieltä, joka sisältää vain syntaksin eivätkä sen muodot viittaa mihinkään pysyviin merkityksiin. Musiikilla ja ruumiinkielellä on useita yhtäläisyyksiä. Ruumiinkieli eli kehonkieli edustaa alkukantaisinta kieltä siinä mielessä, että sen käyttäjä harvoin tiedostaa kommunikoivansa. Ruumiinkieltä on usein vaikea pukea sanoiksi ja se synnyttää vastaanottajassa yhtä lailla ruumiillisia reaktioita. Musiikkia voidaan pitää yhtenä ruumiinkielen haaraumana, joka saa merkityksensä vasta musiikin ja tulkitsijan välisessä dialogissa. Lehtosen mukaan ”kyseisessä dialogissa mahdollisista maailmoista etsitään ja rakennetaan yhteistä ’kieltä’, jonka kautta esimerkiksi musiikkiterapeuttinen ’ymmärtäminen’ on rakennettavissa”. (Lehtonen 1996, 44.)

4.4 Muistelu – musiikkimuistelu

Muistot ja eletty elämä muovaavat ihmisen identiteettiä. Muistoista voi ammentaa voimaa tai ne voivat olla niin kipeitä, että ne muodostuvat ihmiselle taakaksi. Erik H. Eriksonin mukaan vanhuusiän kriisi liittyy minän eheytymiseen. Mikäli oman historian tapahtumia ja vaiheita ei hyväksytä, voi siitä seurata katkeroituminen ja epätoivo. Toisaalta onnistuneen eheytyksen seurauksena on mahdollisuus viisauteen ja levollisuuteen elämän päättymisen hyväksymiseen. Viisaus tai katkeruus ei kehity yhtäkkiä ikääntymi-

sen kynnyksellä, vaan niillä on juurensa jo eletyssä elämässä. (Dunderfelt 1997, 245.) Ahosen (1993, 287) mukaan eheyden saavuttamisen edellytys on, että ihminen antautuu oman elämänsä vaiheiden ja itsensä arviointiin.

Muistelutyö on kuntouttava työmenetelmäksi, jolla ikäihmistä voidaan stimuloida muistelemaan kiinnostavia aiheita. Muistelemisen rakentaa siltaa menneisyyden ja tulevaisuuden välille ja luo jatkuvuuden tunnetta elämän merkityksellisille kokemuksille. (Hakonen 2003, 130–137.)

Taidelähtöisessä muistelutyössä työstedään muistoja taiteen keinoin. Luovan muistelutyön tärkeimmät osatekijät ovat luovuus, elämyksellisyys, toiminnallisuus sekä yhteisöllisyys. (Hohenthal-Antin 2009, 24.) Luovan työn tuotoksena voi syntyä esimerkiksi muistelurasia, näytelmä, tarina tai sarjakuva dementoituvan elämästä. Outi Mäen mukaan muistelutyöllä voidaan vastata dementoituvan moniin tarpeisiin, joista esimerkkeinä ovat ymmärretyksi tulemisen tarve, turvallisuuden tarve, hyväksytyksi tulemisen tarve ja itsensä kykeneväksi tulemisen tarve (Mäki 1998, 110).

Musiikkimuistelu työmenetelmänä mainitaan Musiikkiterapianimikkeistössä ”Musiikin kuunteluun pohjautuvat menetelmät” –otsikon alla (Musiikkiterapian nimikkeistö 2009). Yhtä hyvin musiikkimuistelua voidaan tehdä aktiivisesti musiikki tuottaen. Laulaen tehtyä musiikkimuistelua voitaisiin kutsua laulumuisteluksi. Musiikki- ja laulumuistelu ovat muun luovan muistelutyön kaltaista toimintaa, jossa muistin virittämisen välineenä ovat soivat vihjeet eli dementoituvalla tutut laulut.

Markku Taipale puhuu kokemisen kentästä, jossa dementoituvalla merkityksellisten laulujen avulla saavutetaan häneen kokemuksellinen yhteys. ”Musiikkikokemuksen sisällä työntekijä voi kulkea hetken matkaa sairastuneen rinnalla ja olla se kommunikation kohde, johon tämä voi peilata elämänsä muistumat ja kokemukset” (Taipale 1998, 79). Tästä syystä on musiikkimuisteluun hedelmällistä valita sellaisia lauluja, joilla on tai on ollut dementoituneelle itselleen jokin merkitys. Laulujen avulla on mahdollista käydä läpi koko elämänsä. Musiikkimuistelutuokio on aina yhtä yllätyksellinen, sillä etukäteen ei voi tietää, minkälaisia merkityksiä laulut kullekin kantavat.

5 TERAPIAPROSESSIN KUVAUS

5.1 Alkuarvointi ja ryhmän kuvaus

Ryhmä toteutui osana Tampereen kaupungin Kulttuurikaari-hanketta sekä Hoivamusiikkiyhdistyksen toimintaa. Kulttuurikaaren tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia kulttuurin, taiteen ja liikunnan keinoin. Kulttuuritoiminta pyritään saamaan osaksi hoitoa ja kuntoutusta samalla kun se elävöittää hoitolaitosten arkea. (Tampereen kaupunki 2011.) Hoivamusiikkiyhdistys pyrkii edistämään kulttuuri- ja musiikkitoimintaa hoitolaitoksissa (Hoivamusiikki ry 2011).

Otin keväällä 2010 yhteyttä Kulttuurikaaren projektikoordinaattoriin Elina Willbergiin ja kyselin mahdollisuutta toteuttaa muistisairaiden musiikkiterapiaryhmää. Toteutuspaikaksi ehdotettiin erästä sairaalaa sillä perusteella, että se oli jo valmiiksi Kulttuurikaaren yhteistyökumppani. Kävin tutustumassa sairaalaan ja kertomassa suunnitelmistani elokuussa. Paikalla oli vastaava osastonhoitaja Laila Allén-Oikari sekä kolmen osaston osastonhoitajat. Valitsin terapian pitopaikaksi erään osaston päiväsalin, sillä siellä oli piano. Sovin vastaavan osastonhoitajan kanssa, että he valikoivat ryhmääni viisi henkilöä, joiden ajattelevat hyötyvän musiikkiterapiasta. Valinnan perusteena oli henkilöiden kiinnostus ja motivaatio musiikkiin. Tutkimusluvan työtäni varten myönsi sairaanhoidon päällikkö Jarkko Lumio.

Ryhmä kokoontui yhteensä kymmenen kertaa 20.9, 27.9, 4.10, 11.10, 18.10, 25.10, 1.11, 15.11, 19.11 ja 3.12.2010. Ryhmä oli suljettu ryhmä eli paikalla oli koko prosessin ajan samat henkilöt. Ryhmään kuului potilaita kahdelta eri osastolta. Miehiä oli kolme, naisia kaksi, joiden lisäksi ryhmässä avusti sairaalan hyvinvointiavustaja. Olin sopinut hänen kanssaan edellisellä viikolla puhelimitse käytännön järjestelyistä. Lähetin hänelle sähköpostitse myös tutkimussuunnitelmani sekä vuorovaikutuslomakkeen ja sen kirjalliset käyttöohjeet (Liitteet 1 ja 2).

Pidin terapiassa kahden kerran arvointijakson. Sinä aikana tutustuin ryhmään, kokeilin erilaisia työmenetelmiä, sain jonkinlaisen käsityksen ryhmäläisten toimintakyvystä ja kunnosta sekä jokaisen potilaan tavasta olla vuorovaikutuksessa. Alkuarvioinnin perusteella tarkentuivat myös terapian tavoitteet, jotka olivat vuorovaikutuksen tukeminen sekä muistin virkistäminen. Yhdessä muistelemisen ja keskustelut laulujen lomassa

antoivat minulla arvokasta tietoa potilaiden kyvystä sanalliseen vuorovaikutukseen. Saatoin arvioida mm. puheen sujuvuutta, aika-paikka-orientaatiota, äänen käyttöä yleensä sekä aloitteellisuutta. Arviointikerroista pidin havaintopäiväkirjaa, mutta en tehnyt vuorovaikutuslomaketta. Näiden havaintojen sekä osastolta saamieni esitietojen perusteella kuvailen seuraavassa ryhmän jäseniä.

Ryhmäläiset olivat iältään 71–80-vuotiaita. Kaikille oli yhteistä dementia sekä siitä aiheutuva eriasteinen muistamattomuus, sekavuus sekä käytösoireet. Joillakin ryhmäläisillä oli myös jokin muu psykiatrinen diagnoosi, esimerkiksi skitsofrenia. Kaikki ryhmäläiset kykenivät sanalliseen vuorovaikutukseen. Esitietoja sain hyvin niukasti, sillä tutkimuslupani ei sallinut potilaiden sairaushistoriaan tutustumista. Käytän ryhmäläisistä tässä keksittyjä nimiä, jotta tunnistaminen ei ole mahdollista.

Riitta kertoi heti ensi tapaamisella, että hän nauttii laulamista: ”Mää oon aina laulanut, pienestä pitäen.” Hän kertoi, että perheessä oli harrastettu musiikkia ja että oli laulanut kuorossa. Riitta oli alusta lähtien motivoitunut ja näytti osaavan kaikki terapiassa laulettu laulut. Lauluarvuuttelussa hän arvasi sanat usein ensimmäisenä. Riitta otti puhumalla kontaktia sekä minuun että muihinkin ryhmäläisiin. Hänellä oli jonkin verran käsien vapinaa sekä vaikeutta seurata laulun sanoja paperista. Dementiaoireet näkyivät hänellä lähinnä muistelussa. Kun kysyin eräällä kerralla, mistä laulun sanat kertovat, hän sanoi: ”Kyllä sen täytyy liittyä jotenkin hoitotoimiin.” Riitta ei osallistunut kolmelle viimeiselle terapiakerralle, sillä hän muutti pois osastolta.

Heikillä kertoi soittaneensa nuorempana mandoliinia ja oli innokas laulaja. Heikillä esiintyi paljon spontaaneja aloitteita laulamalla. Hän saattoi aloittaa kuuluvalla äänellä jonkin laulun heti minut nähdessään, joskus jo ennen kuin olin ehtinyt edes riisua takiani. Heikin puhe oli hieman epäselvää ja mahdollisesti siitä johtuen hän käytti rikasta kehonkieltä. Hän eläytyi musiikki vahvasti ja alkoi heti keinua pyörätuolissaan, kun kuuli musiikkia. Heikki hymyili paljon ja nikkaili usein silmää. Parilla kerralla hän oli selvästi väsyneempi ja poissaolevampi ja nukahteli kesken terapian. Tuolijumppaan hän ei yleensä halunnut osallistua, sillä ei uskaltanut nostaa käsiään ylös pyörätuolin käsinjoilta. Heikillä oli toisessa korvassa kuulon alentumaa.

Aino tuli ryhmään avustajan kertoman mukaan mielellään. Hän ei toisinaan näyttänyt tunnistavan minua, vaikka olimme kokoontuneet jo useamman kerran. Aino piti laula-

misesta ja osallistui muisteluun jonkin verran. Hän puhui selvästi, mutta lyhytsanaisesti. Erityisesti kouluaikoja hän muisteli mielellään. Hän vastasi aina kysyttäessä, mutta ei tehnyt juurikaan aktiivisia aloitteita keskusteluun. Aino ei osallistunut kolmelle viimeiselle terapiakerralle, sillä hän muutti pois osastolta.

Erkki oli erittäin puhelias ja hänellä oli hyvä aika–paikka –orientaatio. Musiikki näytti vetoavan Erkin tunteisiin vahvasti. Hän liikuttui lähes joka kerralla voimakkaasti kotiseutuun liittyvistä lauluista. Erkki myös nauroi paljon ja piti ryhmässä yllä myönteistä tunnelmaa. Hän lauloi aina mukana ja toivoi usein samoja lauluja. Välillä Erkki unohteli sanoja tai yhdisteli niitä väärin. Kun muistelimme, mitä lintuja käy lintulaudalla, Erkki sanoi ”punatiainen”. Ryhmän viimeisellä tapaamisella Erkki kertoi, että parasta oli ollut ”yhdessäolo ja vanhat laulut”.

Kaarlo mainitsi lähes jokaisella kerralla haitarin, jota oli soittanut nuorempana. Hän osallistui muistelemiseen ja laulujen kuuntelemiseen mielellään, mutta ei yleensä laulanut yhteislauluja mukana. Hän oli välillä poissaolevan näköinen ja hänen kasvonsa näyttivät usein ilmeettömiltä enkä näin ollen saanut viitteitä hänen mahdollisesta mielialastaan. Kaarlo ei tehnyt omia aloitteita vuorovaikutukseen, ja kun kysyin muutamalla kerralla, muistaako hän nähneensä minua, vastaus oli kieltävä. Kaarlolla oli kuulon alentumaa.

5.2 Terapian tavoitteet

Asetin terapialle kaksi tavoitetta, jotka olivat vuorovaikutuksen tukeminen sekä muistin virkistäminen. Ennen ryhmän alkamista olin suunnitellut kolmanneksi tavoitteeksi rauhoittumisen. Se jäi kuitenkin pois, kun huomasin arviointijaksolla, että ryhmässä ei esiintynyt levottomuutta tai keskittymisvaikeuksia. Keskustelin tavoitteista ennen ryhmän alkamista ryhmässä avustaneen hoitohenkilökunnan jäsenen kanssa. Terapian käytännön järjestelyjen ja ohjaamisen sujuvuuden kannalta oli ensiarvoisen tärkeää, että sain ryhmääni avustajan. Hän toimi yhteyshenkilönä hoitoyhteisöön sekä tunsivat potilaat jo etukäteen.

Tavoitteet perustelen siten, että dementian aiheuttama kognitiivisten kykyjen aleneminen näkyy selvimmin juuri vuorovaikutuksen sekä muistamisen alueella. Esioletuksena oli, että laulaminen toimii terapiassa yhtenä vuorovaikutuksen kanavana. Laulamalla

itselleen tuttuja ja mieluisia kappaleita, potilas viestii jotakin omasta maailmastaan ja saa mahdollisuuden jakaa sen muiden kanssa. Laulujen lomassa tapahtunut muisteleminen oli väline muistin virkistämiseen. Samalla sen tarkoituksena oli synnyttää ja aktiivoida vuorovaikutusta.

5.3 Terapian menetelmät ja rakenne

Terapian päämenetelmät olivat laulaminen ja muistelu. Niiden lisäksi käytin musiikki liikuntaa sekä yhdellä kerralla soittimiin tutustumista ja soittamista. Terapian tavoitteet ohjasivat menetelmien valintaa. Käytin menetelmiä, jotka mielestäni parhaiten sopivat vuorovaikutuksen aikaansaamiseen ja sen tukemiseen sekä muistin virkistämiseen. Ko- keilin menetelmien toimivuutta kahdella ensimmäisellä kerralla.

Terapian kesto oli 45 minuuttia. Tuokio rakentui alkulaulusta, tuolijumpasta, yhteislau- luosuudesta, lauluarvuuttelusta ja loppulaulusta. Alkulaulu ja loppulaulu olivat joka kerta samat. Vaihtelua oli terapian keskellä, jossa laulettiin ja muisteltiin eri aiheista ja arvuuteltiin laulun sanoja.

Laulaminen tapahtui yhteislauluina, lauluarvuutteluna, kaikulauluna sekä yhdistettynä tuolijumppaan. Joka terapiakerralla käytin samaa alku- sekä loppulaulua. Alkulaulun sanat sisälsivät tervehdyksen sekä potilaan nimen. Toivotin jokaisen ryhmäläisen alku- laulun yhteydessä tervetulleeksi myös kättelemällä. Alkulaulun tavoitteena oli kontaktin saaminen ja keskittyminen tähän hetkeen. Lisäksi pystyin heti näkemään potilaan voin- tia ja vireystilaa kun kävin jokaisen luona erikseen.

Alkulaulua seurasi tuolijumppa, jonka ohjasin laulamalla. Lauloin Ukko Noa –laulun melodialla eri suuntia, jotka olivat ”ylös” ”alas”, ”taakse” ja ”eteen”. Jumpan apuna käytin suurta jumppakuminauhaa, josta ryhmäläiset pitivät käsin kiinni. Jumppalaulu ja –liikkeet olivat joka kerralla samoja. Toisinaan lisäsin tutun jumpan perään vielä uuden laulun, johon olin keksinyt liikkeit.

Yhteislauluosuudessa pyysin ryhmäläisiä valitsemaan mieleisiään kappaleita lauluvihos- ta, johon olin koonnut laulunsanoja. Säestin yhteislauluja pianolla ja joskus soitin laulu- jen melodioita huilulla. Yleensä pyysin kutakin vuorollaan valitsemaan laulun. Toisi-

naan joku ehti esittää toiveen jo ennen kuin kysyin. Usein kävi niinkin, että toivottua laulua ei löytynyt lauluvihosta. Silloin pyysin toivojaa laulamaan laulua niin pitkälle kuin muistaa ja lauloin mukana, jos osasin laulun.

Lauluarvuuttelu osoittautui erittäin toimivaksi menetelmäksi tässä ryhmässä hyvin. Arvuuttelussa käytin Olavi Pesosen koulun Laulukirjaa vuodelta 1957, josta valitsi sellaisia lauluja, jotka arvelin olevan monelle tuttuja. Lauloin laulun alkusäkeen ja pidin pienen tauon, jonka aikana yleensä joku muisti, miten laulu jatkuu. Näin lauloimme laulun yhdessä loppuun. Arvuuttelu oli kuin lankakerän auki kerimistä, sillä mitä enemmän sitä teimme, sitä paremmin alkoivat sanat muistua ryhmäläisten mieleen. Toisinaan kävi niin, että joku muisti sellaisiakin säkeistöjä lauluista, jotka puuttuivat kokonaan kirjasta tai niissä oli hieman erilaiset sanat. Kokeilin yhdellä kerralla myös arvuutteluun riskisanatehtävää, jossa arvattavat sanat olivat laulunsanoja. Se osoittautui hieman hankalaksi, sillä kirjainten hahmottaminen ja laskeminen tuotti joillekin ryhmäläisille vaikeuksia. Idean lauluristikoon lainasin eräästä dementiapotilaille tarkoitettua virikeoppaasta (Aremyr 1992).

Kaikulaulu soveltui hyvin kappaleisiin, joissa sama fraasi toistui kaksi kertaa. Kaikulaululla tarkoitan menetelmää, jossa ensin lauloin itse fraasin ja pyysin ryhmää toistamaan sen. Se toimi hyvin sellaisissa lauluissa, jotka olivat ryhmäläisille tuttuja, esimerkiksi laulussa Lintu lensi oksalle. Vieraammissa lauluissa jouduin usein olemaan itseni ”kaikuna”, mutta ryhmä tuli mukaan, kun toistokertoja tehtiin useampia.

Muistelun pääasiallinen tarkoitus oli muistin virkistäminen, mutta se sisälsi myös vuorovaikutuksen vahvistamisen elementin. Muistelun aiheina olivat kotiseutu, luonto, matkustelu, perhe, työ, oma kouluaika ja harrastukset. Aiheet liittyivät yleensä laulun sanoihin. Esimerkiksi Karjalan kunnailla –laulu sai aina erään ryhmäläisen muistelemaan liikuttuneena kotiseutuaan. Ohjasin muistelua aktiiviseen kuunteluun kuuluvalla työotteella, johon kuuluivat tarkentavat kysymykset, rohkaiseminen ja empatian osoittaminen.

Yksittäisen terapiakerran sisällä olevat tapahtumat muodostivat tietynlaisen rakenteen, jossa alku ja loppu toistuivat samanlaisina. Myös koko terapiaprosessin voidaan ajatella muodostavan oman rakenteensa, joka sisältää erilaisia vaiheita. Kun kohderyhmänä ovat dementiapotilaat, on prosessin rakenteesta ja ryhmäilmiöistä haastavaa saada otetta.

Haaste muodostui tässä tapauksessa siitä, että jotkut ryhmässä olevat henkilöt eivät muistaneet nähneensä minua tai toisiaan aikaisemmin, ja siten jokainen kerta alkoi tavallaan alusta. Tällöin voidaan puhua työn sirkulaarisuudesta, joka tarkoittaa sitä, että joka kerta sisältää tavallaan uuden alun (Levine 1994, 80). Vaikka tilanne alkoi ikään kuin aina alusta, tietyissä toiminnoissa oli kuitenkin jatkuvuutta. Esimerkiksi tuolijumpassa oppimista tapahtui tiedostamatta. Muutaman tapaamisen jälkeen ryhmäläiset lähtivät tekemään liikkeitä aina oikeassa järjestyksessä, vaikka olisivat etukäteen sanoneet, että eivät muista, mitä pitää tehdä.

6 AINEISTON ANALYYSI

6.1 Teemojen luokittelu havaintopäiväkirjasta

Tämän työn tutkimusote on kvalitatiivinen. Aineiston analyysissä on käytetty teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä. Teoriaohjaavuus näkyy siinä, että analyysi etenee aineiston ehdolla, mutta analyysiyksilöt on määritelty jo teoriaosassa. Teoriaohjaavassa analyysissä tunnistetaan aikaisemman tiedon vaikutus ja teorian tuntemus voi auttaa analyysin etenemisessä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96–97.) Mielessäni oli aineistoa läpi käydessä teoria kommunikaatiopainotteisesta musiikkiterapiasta sekä vuorovaikutuksesta. Kommunikaatiopainotteista teoriaa käsiteltiin tarkemmin luvussa 2.3 sekä vuorovaikutuksen peruskäsitteitä luvussa 4.

Lähdin työstämään tutkimusaineistoa käymällä ensiksi läpi havaintopäiväkirjaa. Nostin sieltä esiin vuorovaikutukseen liittyviä havaintoja, jotka alleviivasin erivärisillä kynillä sen mukaan, minkälainen vuorovaikutus oli kyseessä. Seuraavaksi ryhmittelin löydökset omiin luokkiinsa, joille annoin nimet vuorovaikutuksen laadun mukaan. Ensimmäisen vuorovaikutuksen luokan nimesin sanattomaksi vuorovaikutukseksi. Kiinnitin huomiota ilmeisiin, eleisiin, kehon liikkeisiin, katsekontaktiin, tunteenilmauksiin sekä hyräilyyn. Seuraavaksi haravoin aineistoa etsimällä havaintoja sanallisesta vuorovaikutuksesta. Siihen kuuluivat muistelu ja keskustelu sekä laulaminen sanoilla. Viimeisenä etsin huomioita vuorovaikutusta aktivoivista ja tukevista toimista, joita käytin terapiatilanteissa. Kursivoidut lauseet ovat suoria lainauksia havaintopäiväkirjasta. Poimin sieltä kohtia, jotka mielestäni kertovat oleellisen ja havainnollistavat analyysiyksiköitä.

Tutkimuksen kvantitatiivisen osuuden tieto on vuorovaikutuslomakkeilla tuotettua. Tieto on kerätty käyttäen vuorovaikutusmittaria, jota kuvaillaan luvuissa 2.2 sekä 6.2. Vuorovaikutuksen aktiivisuus on arvioitu asteikolla nollasta neljään jokaiselta osallistujalta kahdeksalla terapiakerralla. Pylväsdiagrammi näyttää jokaisen ryhmäläisen vuorovaikutuksen aktiivisuuden (Kuviot 1 ja 2). Sen lisäksi laskin keskiarvon jokaisen kerran vuorovaikutuksesta ja tein siitä graafisen kuvaajan (Kuviot 3 ja 4), joka näyttää aktiivisuuden kehittymisen koko prosessin ajalta. Diagrammit ja kuvaajat on tehty Excel-ohjelmalla.

6.1.1 Sanaton vuorovaikutus

Sanaton viestintä oli tärkeässä osassa koko terapiaprosessin ajan, vaikka ryhmän kaikki jäsenet pystyivätkin puhumaan. Sanaton vuorovaikutusluokka sisälsi katsekontaktiin, kehollisuuteen, mukaan lukien ilmeet ja eleet, näkyvään tunneilmaisuun sekä hyräilyyn liittyvät maininnat.

Katsekontakti oli sanattoman vuorovaikutuksen tavoista eniten esillä. Terapiakerran alussa lauloin jokaiselle tervehdyslaulun, jonka aikana havainnoin katsekontaktissa olemista. Silloin kun katsekontaktia oli paljon, oli vuorovaikutuskin yleensä aktiivista sillä kerralla. Alkukerroilla katsekontaktia oli alkulaulussa selvästi vähemmän. *”Riitta katsoi alkulaulun aikana maahan, vilkaisi minua nopeasti sen jälkeen”*. Kun tuttuus ja luottamus kasvoivat, katsekontakti pysyi yleensä koko alkulaulun. *”Aino katsoi silmiin alkulaulun ajan utelias ilme kasvoillaan”*. Katsekontakti toimi eräänlaisena ankkurina, jolla pystyin varmistamaan, että edellytykset vuorovaikutukselle olivat otolliset. Katsekontakti oli samaan aikaan vuorovaikutuksen sekä sen tukemisen väline.

Kehollinen viestintä tuli esiin erityisesti silloin kun verbaali kommunikaatio ei onnistunut. Eräs ryhmäläinen (Heikki) puhui hieman epäselvästi ja hänen kohdallaan sanatonta viestintää oli huomattavasti enemmän kuin muiden kanssa. Heikin viestintä korostui erityisesti tilanteissa, joissa en ymmärtänyt, mitä hän sanoi.

”Kysyin Heikiltä, mikä lintu on laulukirjan kuvassa. Heikki nosti toisen kätensä ylös ja näytti neljää sormea. Sitten hän lasi kaksi sormea alas niin että toiset kaksi jäivät pystyyn. Käsi piirsi laajaa kaarta ilmassa. Ihmettelin hetken, enkä ymmärtänyt mitä hän tarkoittaa. Sitten minulla välähti: sehän on tilhi työhtöineen! Kun varmistin, olinko ymmärtänyt oikein, Heikki vastasi leveällä hymyllä ja nikkasi silmää.”

Muita kehollisuuteen liittyviä mainintoja olivat kehon liikkeet esimerkiksi tuolijumpan yhteydessä. Huomioin, kuinka nopeita ja laajoja liikkeet olivat. Jalalla rytmin naputtamista ja käsillä ”johtamista” esiintyi myös paljon. *”Riitta näytti virkeältä ja vei jumppanauhan lattiaan asti. Hän lauloi samalla kuuluvasti. Heikki alkoi keinua pyörätuolissa ja polkea jalkaa heti kun kuuli minun soittavan valssikomppia pianolla”*.

Ilmeisiin ja eleisiin liittyvät havainnot olivat hymyily, kulmien kurtistaminen, hämmästyminen, innostus, liikutus ja kulmakarvojen nostelu. *”Erkin posket hehkuivat punaisena ja hänen kasvonsa olivat yhtä hymyä”*. Kaarlon kohdalla oli vaikea päätellä hänen sisäistä

tilaansa ja ryhmässä viihtymistä päällepäin. Hänen kasvonsa näyttivät ilmeettömiltä, mutta kun opin lukemaan häntä, kommunikaatio helpottui. Kaarlo kommunikoi usein nostelemalla kulmakarvojaan. Huomasin sen usein alkulaulun aikana sekä silloin, kun kyseessä oli hänelle erityisen mieluista yhteislaulu.

Näkyvistä tunteenilmauksista esiintyi eniten naurua, hymyilyä ja liikuttumista. Jotkut laulut herättivät enemmän tunteita kuin toiset. Eräs ryhmäläinen toivoi joka kerralla Jo Karjalan kunnailla –laulua. Hänelle laulu edusti menetettyä kotiseutua, Karjalaa. Samalla kun hän ilmaisi laulutoiveen, hän sanoi heti perään, että oikeastaan laulua ei pitäisi nyt laulaa. Mahdollisesti hän ennakoii laulun synnyttämää surun ja haikeuden tunnetta, joka hänessä joka kerta laulun aikana virisi. Laulun laulaminen ja siitä keskustelu tarjosivat hänelle mahdollisuuden ilmaista ja jakaa surun tunnetta.

”Erkki sanoi jo heti kun aloin jakaa lauluvihkoja, että Karjalan kunnailla laulua ei voi laulaa kuin kesällä ja että nyt on syksy. Vastasin hänelle, että voimmehan silti muistella kesää. Hetken kuluttua hän toivoi laulua ja laulettuamme sen hän pyyhki kyyneleitä ja näin hänen suupielensä väpättävän.”

Hyräily kuului myös sanattomaan vuorovaikutukseen. Sitä ilmeni eniten silloin, kun ryhmäläinen muisti laulun melodian, mutta ei sanoja. Myös tuolijumpan aikana moni hyräili samaan aikaan kun teki liikkeitä. Terapian loputtua kuulin joskus jonkin hyräilevän jotakin lauletuista kappaleista. Huomasin itsekin usein hyräileväni lähtiessäni ja saapuessani terapiaan. Hyräilyllä viestin äänellistä läsnäoloa ja turvallisuutta.

6.1.2 Sanallinen vuorovaikutus

Sanallinen vuorovaikutus tapahtui terapiassa muistelemalla, keskustelemalla ja laulamalla lauluja sanoilla. Lasken sanalliseen vuorovaikutukseen kuuluvaksi myös laulamisen sanoilla sekä muun sanallisen ilmaisun esimerkiksi kuulumisten vaihdon. Seuraavassa taulukossa on kerätty yhteen muisteluhetkien aihepiirit, aiheisiin liittyvät muistelu virittävät kysymykset sekä niihin liittyviä lauluja.

Taulukko 1. Muistelun teemat ja niihin liittyvät laulut

Aihe	Kysymykset	Aiheeseen liittyviä lauluja
Luonto ja vuodenaajat	Mikä on lempivuodenaikasi? Mistä huomaa kevään tulon? Oletko soudellut järvellä?	Jänöjussin mäenlasku, Ol kaunis kesäilta, Ratiritiralla, Souda, souda sinisorsa, joulu- laulut, Karhunpoika sairastaa
Koulunkäynti	Missä kävit koulua? Miten kuljit koulumatkan? Millainen oli opettajasi? Olitko joskus pois koulusta?	Linjuripolkka, Kello löi jo viisi
Kotiseutu	Mistä olet kotoisin? Missä paikkakunnilla olet asunut?	Hämäläisten laulu, Kesäpäivä Kangasalla, Karjalan kunnail- la, Kotimaani ompe Suomi
Työ ja ammatit	Mitä työtä olet tehnyt?	Puuseppää aina tarvitaan, Piu pau papin kello, Pieni nokiko- lari, Muurari
Vapaa-aika, harrastukset	Mitä harrastat? Oletko soitta- nut tai laulanut kuoros- sa/orkesterissa? Miten sauna- vihta tehdään?	Saunavihdat, Muistatko mui- noin, kun marjassa käytiin

Usein muistelun teema virisi jonkin laulun sanoista, mutta toisinaan teema keksittiin kuulumiskierroksella joko ryhmäläisen tai minun aloitteestani. Muisteleminen sujui yleensä helposti ja tuntui olevan monelle mieluista. Parhaimmillaan se oli kuin lankakerän aukikerimistä, jossa muistoa seurasi toinen muisto ja sitä taas seuraava. Muistojen ketju mahdollisti ryhmäläisille laajempien tarinoiden ja asiakokonaisuuksien kertomisen. Saman ikäpolven ihmisillä korostuivat vertaiskokemukset. Tämä tuli esiin esimerkiksi koulunkäyntiä ja kotiseutua muistellessa. Sekä Erkki että Kaarlo olivat tehneet maatöitä hevosella. He muistivat tarkasti hevostensa nimet, iät ja vertailivat niiden luonteenpiirteitä. Myös Aino oli ollut mukana peltoa kyntämässä ja selitti ryhmälle, mikä on ahro.

Laulujen laulamisen sanoilla laskin myös sanalliseksi vuorovaikutukseksi. Laulamisen kommunikaatiomerkitys korostui tilanteissa, joissa ryhmäläinen vastasi tai toisti juuri laulamani. Näin kävi esimerkiksi alkulaulussa, jossa oman nimen kuuleminen sai ryhmäläisen toisinaan toistamaan sen laulamalla. Eräs ryhmäläinen vastasi usein kysymyksiini laulun pätkällä. ”Kysyin, *onko kukaan kutonut ja mikä on sukkula. Heikki vastasi laulamalla kuuluvasti ’anna sukkulan lentää’.*”

Laulaminen oli sitä rohkeampaa, mitä tutummasta laulusta oli kyse. Huomasin myös, että ryhmä peilasi omaa äänenkäyttöäni. Jos lauloin hiljempaa ja varsinkin silloin kun sekosin laulun sanoissa tai säestyksessä, aiheutti se ryhmän laulamisessa epävarmuutta ja varovaisuutta. Yleisesti ottaen laulaminen muuttui vapautuneemmaksi ja rohkeammaksi prosessin loppupuolella. On vaikea sanoa, johtuiko se enemmän siitä, että vapauduin itse ja toimin siten hyvänä esimerkkinä vai oliko syynä ryhmän keskinäisen vuorovaikutuksen parantuminen ja turvallisuuden lisääntyminen. Jotkut ryhmäläiset vapautuivat käyttämään lauluääntään hyvinkin voimakkaasti, joka aiheutti ristiriitaisia tunteita muissa: ”*Riitta alkoi hihittää, kun kuuli Heikin laulavan lujaa, mutta vakavoitui sitten ja sanoi ’ei kai täällä nyt huutamaan tarvii ruveta’.*”

Muistelun lisäksi ryhmässä oli jonkin verran muuta keskustelua. Se liittyi ryhmäläisten sen hetkisiin kuulumisiin, terveydentilaan ja osaston tapahtumiin. Parilla kerralla terapiahuoneen ulkopuolella käytävällä oli menossa kovaääninen sisäkaton remontti, joka synnytti ryhmässä levottomuutta ja josta keskustelimme yhdessä.

6.1.3 Tukitoimet

Käytin terapiassa aktiivisen kuuntelun menetelmää, jota kuvasin tarkemmin luvussa 4.2. Tärkeää oli myös kommunikaatiopainotteisen musiikkiterapian työote, johon kuuluu asiakkaan kanssa ”samalle aaltopituudelle” virittäytyminen vuorovaikutuksessa. Olen seuraavassa koonnut aineistosta löytämiäni vuorovaikutuksen tukemisen tapoja, niiden tavoitteita ja sitä, miten asiakas on niihin reagoanut.

Katsekontakti oli tärkeä työväline vuorovaikutuksessa. Huomasin, että sain katsomalla aikaan vastavuoroisuutta. Katsomalla myös viestin hyväksyntää ja rakensin luottamusta. Usein ryhmäläinen alkoi laulaa voimakkaammin, jos kohdistin katseeni häneen yhteis-

laulun aikana. Myös jos ryhmäläinen vaikutti poissaolevalta tai levottomalta, auttoi katsekontaktin ottaminen häntä keskittymään.

”Kaarlon ilme näytti poissaolevalta ja hänen katseensa oli vaipunut maahan. Katsoin häntä ja aloin laulaa Ratiritiralla. Hän nosti katseensa ylös ja alkoi nostella kulmakarvojaan. Aivan kuin olisi palannut tähän hetkeen takaisin.”

Hymyily ja huumori kuuluivat oleellisena osana vuorovaikutukseen. Hymyyn vastattiin usein hymyllä ja itse pyrin viestimään sillä lempeyttä, hyväksyntää ja tyytyväisyyttä. Pyrin huumorilla pitämään yllä leppoisaa ja pakotonta tunnelmaa sekä pienentämään kynnystä lähteä mukaan vuorovaikutukseen, vaikka joillakin ryhmäläisillä sanat unohutuivat tai menivät sekaisin. Yhdessä nauraminen vapautti tunnelmaa niin, että muistelussa sain välillä itsekin nauraa sydämeni kyllyydestä.

”Muistelimme saunan lämmittämistä. Kysyin Heikiltä, mitä saunaan tarvitaan mukaan, johon hän vastasi ’koira’. Olin hetken hiljaa ja luulin, että hän ei ollut ymmärtänyt kysymystä. Kysyin, tuleeko koira todellakin mukaan kylpemään ja Heikki nyökkäsi. Erkki kommentoi: ’Kyllä minä vaan miehuummin vaimon ottaisin.’ Koko porukka räjähti nauramaan.”

Esimerkin näyttäminen tulevasta toiminnasta rohkaisi ryhmäläisiä osallistumaan. ”Mallisuoritus” esimerkiksi tuolijumpan liikkeistä, laulun melodian soittaminen pianolla ennen yhteislaulun aloittamista sekä kaikulaulussa esilaulajana toimiminen selkeyttivät tulevan toiminnan rakennetta. Markku Taipale mainitsee myös, että on hyvä soittaa laulaen tai hyräillen kappaleen melodia läpi ja käyttää tutun laulun tarttumapintaa keskittymisen ja kontaktin tukena (Taipale 1998, 79). Huomasin tämän siitä, että ryhmä aloitti laulun rohkeammin, kun olin ensin soittanut melodian kertaalleen läpi. Esimerkin näyttämistä tekivät itseni lisäksi myös jotkut ryhmäläiset. ”Aino näytti käsillä malliksi muille, miten jumppanauhasta pidetään kiinni. Erkki sanoi pilke silmäkulmassa heti jumppanauhan nähtyään: ’Nyt kaikki yhdessä, laittakaa kädet polvien yläpuolelle!’”

Kuvia, mielikuvia ja apuvälineitä käyttämällä toiminnasta tuli havainnollista. Tuolijumpassa käytin jumppakuminauhaa ja ohjaamisen apuna käytin mielikuvia esimerkiksi verkkojen nostamisesta, soutamisesta ja hevosen ohjaksista vetämisestä. Lauluarvuuttelelussa käyttämäni laulukirja sisälsi kuvia, joita näytin ryhmälle, jos ne mielestäni kertoivat oleellista laulettavasta laulusta. Esimerkiksi Pieni Nokipoika –laulun kuvasta, jossa nokisutari seisoo talonkatolla, virisi hyvää keskustelua. ”Mahtaakohan tuo pudota?” ja ”Onneksi sillä on se köysi”, ryhmässä ihmeteltiin. Muistelussa annoin sanallisia vihjei-

tä, jos joku ei muistanut jotain sanaa tai tiennyt oikeaa vastausta. Esimerkiksi eräällä terapiakerralla muistelimme lintulaudan lintuja eikä kukaan meinannut muistaa sinitiaista. ”Kysyin Erkiltä, minkä värinen paita hänellä oli (sininen) ja vihjeen avulla hän keksi nopeasti vastauksen.”

Lauluarvuuttelu oli yksi käyttämistäni menetelmistä, jolla tuin vuorovaikutusta. Se tapahtui siten, että aloin laulaa jotakin laulua ja pyysin ryhmäläistä jatkamaan heti kun hän muistaa, miten laulu jatkuu. Myös kaikulaulu, jossa pyysin toistamaan laulamani fraasin toimi vuorovaikutusta tukevana.

”Riitta piteli kannelta ja sanoi ’emmää osaa kun en oo harjotellu’. Menin hänen luokseen ja lauloin Satu meni saunaan samalla kun hän näppäili kannelta. Lauloin toisen kerran ja hän alkoi laulaa kanssani. ’Sieltähän se törähti’, hän tokaisi iloisena.”

Vuorovaikutusta tuin myös lähtemällä mukaan spontaaneihin laulunaloituksiin, joita esiintyi koko prosessin ajan. Varsinkin Heikki saattoi aloittaa jonkin laulun heti kun saavuin osastolle, jolloin menin hänen luokseen ja lauloin laulua hänen kanssaan niin pitkälle kuin osasin. Heikin spontaanit aloitteet saattoivat tulla toisinaan myös kesken yhteislaulun, jolloin yleensä pyysin häntä odottamaan, että saamme laulettua meneillään olevan laulun loppuun ennen hänen ehdottamaansa laulua.

Huomasin vuorovaikutuksen aktivoituvan, kun käytin keskustelussa ryhmäläisen etunimeä ja siirryin aina lähemmäksi sitä, ketä puhuttelin. Oman nimen kuuleminen ikään kuin herätti vuorovaikutukseen. Joillakin ryhmäläisillä oli kuulon alenemista, jonka takia oli perusteltua siirtyä lähemmäs puhuteltavaa. Parhaan kontaktin sain, kun asetuin istumaan vastapäätä puhuteltavaa tai menin kyykkyyn hänen eteensä siten, että silmämme olivat samalla tasolla.

Käytin aktiivisen kuuntelun tekniikkaa vuorovaikutuksessa. Ahosen mukaan aktiivinen kuuntelija viestii ilmeitä ja eleitä myöten, että hyväksyy ja haluaa auttaa asiakasta. (Ahonen 1997, 118.) Klarifikaatiossa toistin omin sanoin, mitä ryhmäläinen oli sanonut ja autoin palauttamaan huomion käsillä olevaan teemaan, jos keskittyminen herpaantui. Muistelussa tein paljon kysymyksiä, jotka olivat toisinaan avoimia, toisinaan johdattelevia. Yritin pukea sanoiksi ryhmäläisen tunnetilaa, jos mielestäni tilanne niin vaati.

”Ennen kuin aloitimme Jo Karjalan kunnailla –laulun, Erkki sanoi, että on kotoisin sieltä. Kysyin, mistä sieltä, johon hän vastasi paikkakunnan nimen. Sanoin, että laulhan kertoo kotiseudustasi ja että Karjala kuului aikoinaan Suomelle. Heikki kommentoi: ’Sotaan mentiin sinne’. Erkki liikkui voimakkaasti ja avustaja antoi hänelle nenäliinan. Sanoin, että vanhoista lauluista tulee usein monenlaisia muistoja, elämän suruja ja ilojakin. Riitta vastasi siihen: ’Kyllä ne on nää laulut, joista tulee’.”

Rohkaisin sanallisesti ryhmäläisiä käyttämään ääntään ja painotin moneen otteeseen, että kaikenlaiset lauluäänet ovat tässä ryhmässä sallittuja. Sanoin usein yhteislaulun jälkeen, että *”hienostihan se meni”* tai *”hyvältä kuulosti”*. Riitta vahvisti sanomiseni: *”Juu, komeasti meni! Kyllä me osataan”*

Ryhmäläisten kättely terapian alussa ja lopussa kuului joka kerralla ohjelmaan. Halusin kättelemällä antaa henkilökohtaista huomiointia ja lisätä turvallisuuden tunnetta. Usein ryhmäläinen halusi pitää kädestäni kiinni koko alkulaulun ajan. Kerran lähteissäni eräs ryhmäläinen piti minua käsivarresta kiinni ja saattoi ovelle huikaten iloisesti *”Hei ny sitten”*. Outi Mäen mukaan koskettaminen ja läheisyys ovat oleellinen osa dementoituvan kuntouttavaa työtettä (Mäki 1998, 176). Läheisyyden tarpeet eivät suinkaan vähe- ne sairastumisen myötä vaan joskus saattaa käy päinvastoin.

On todettava, että myös ryhmäläiset itse tukivat toinen toistensa vuorovaikutusta. Erityisesti Riitta piti koko prosessin ajan yllä myönteistä ja innostavaa ilmapiiriä kannustamalla muita osallistujia. Hän puhui usein me-muodossa ja vahvisti siten ryhmähenkeä. Hän sanoi lähes joka kerran aluksi jotakin myönteistä laulamiseen liittyvää: *”Tää vaan on niin ihanaa tää laulaminen. Kyllä me osataan.”* Kysyin kerran Heikiltä, muistaako hän nähneensä minua aikaisemmin. Ennen kuin hän ehti vastata, Riitta sanoi *”kyllä se sut muistaa, se ei vaan sano”*. Riitta ikään kuin piti heikommin sanalliseen ilmaisuun kykenevän puolia.

6.2 Vuorovaikutuslomake

Laadin sanallisen vuorovaikutuksen aktiivisuuden arviointia varten erillisen lomakkeen (Liite 2). Lomakkeen numeeriset arvot kuvasivat, kuinka aktiivista sanallinen vuorovaikutus oli ollut kullakin kerralla. Lomaketta täytti lisäksi ryhmässä avustanut henkilökunnan jäsen. Teimme arviot tahoillamme kahdeksalla terapiakerralla kustakin potilaasta erikseen. Vuorovaikutuslomakkeessa arvioinnin kohteena on ainoastaan sanallinen vuorovaikutus eli se, kuinka aktiivisesti potilas laulaa ja osallistuu muisteluun. Tämä on otettava huomioon mittarin tulkinnassa ja tuloksia arvioitaessa. Syynä sanattoman vuorovaikutuksen pois jättämiseen lomakkeesta on se, että sen arvioiminen osallistuvan havainnoinnin menetelmänä on tässä yhteydessä liian haastavaa. Sanaton vuorovaikutus sisältää lukuisia vivahteita, joiden tavoittaminen varsinkin ryhmämuotoisen terapian ohi kiitävissä hetkissä ei ole mahdollista. Sanaton vuorovaikutus on myös osin tiedostamaton. Siispä en voi tarkasti tiedostaa, miten itse viestin kehonkielelläni ja miten se mahdollisesti vaikutti ryhmäläisten viestintään.

Vuorovaikutuslomakkeen arviointiasteikko on nollasta neljään ja kullekin arvolle määrittelin kriteerit. Numero 0 merkitsi passiivista vuorovaikutusta. Siinä potilas ei osallistu aktiivisesti vuorovaikutukseen vaan lähinnä istuu kuuntelemassa, mitä muut tekevät eikä tee itse mitään aloitteita. Numero 1 merkitsi osallistumista vähän vuorovaikutukseen. Potilas enimmäkseen kuuntelee, mitä muut tekevät eikä tee itse aloitteita. Numero 2 merkitsi osallistumista jonkin verran vuorovaikutukseen. Potilas laulaa välillä mukana ja vastaa joskus kysymyksiin ja tekee harvoin aloitteita. Numero 3 merkitsi osallistumista aktiivisesti vuorovaikutukseen. Potilas laulaa ja keskustelee mukana, osoittaa innostusta, tekee aloitteita jonkin verran ja vastaa aina kun kysytään. Numero 4 merkitsi erittäin aktiivista osallistumista vuorovaikutukseen, ”äänessä koko ajan”, erittäin innostunut, vastaa ensimmäisenä kysymyksiin, ehdottaa itse lauluja ja keskustelun aiheita.

Seuraavissa pylväsdiagrammeissa (Kuviot 1 ja 2) on kuvattu ryhmäläisten vuorovaikutusta tutkimusjakson aikana. Tutkimusjakso käsitti kahdeksan terapiakertaa. Vaaka-akselilla on aktiivisuus ja pystyakselilla terapiakerrat. Jokainen ryhmäläinen on merkitty erivärisellä pylväällä selkeyden vuoksi. Käyn seuraavassa läpi lyhyesti jokaisen ryhmäläisen erikseen ensin oman arvioni pohjalta. Sen jälkeen kerron kanssatutkijan tekemistä arvioista ja nostan esiin yhteneväisyyksiä sekä eroja.

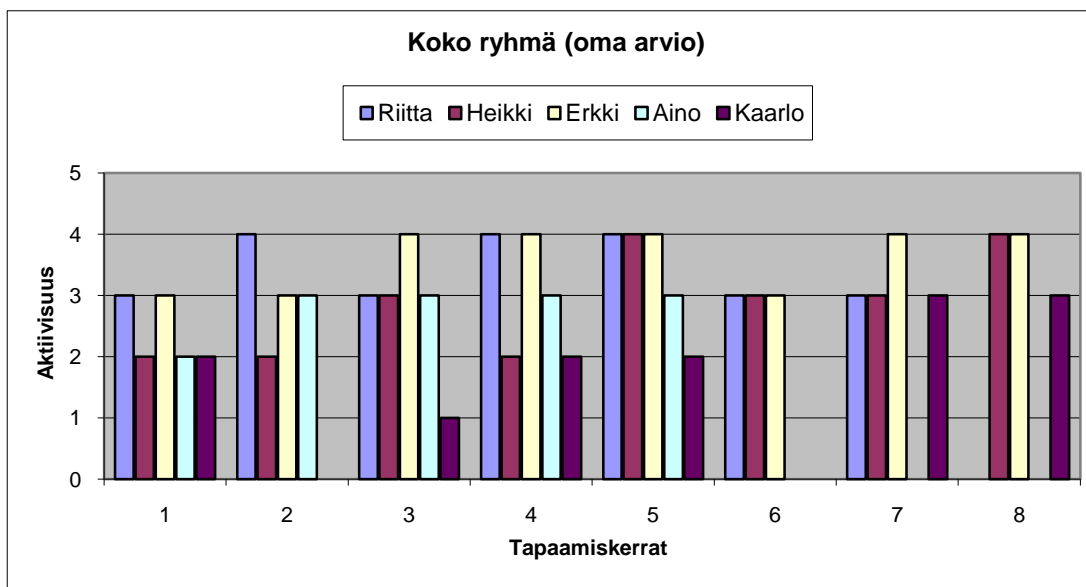
Riitta osoitti koko prosessin ajan aktiivista tai erittäin aktiivista vuorovaikutusta (arvo 3 tai 4). Hän oli paikalla seitsemän kertaa kahdeksasta. Ainoastaan viimeisellä kerralle hän ei päässyt, sillä muutti pois osastolta. Aktiivisuus oli maksimissa kerroilla 2, 4 ja 5. Avustajan arvion mukaan Riitta on ollut erittäin aktiivinen (arvo 4) kaikilla seitsemällä kerralla, jotka on ollut mukana.

Heikki osoitti arvioni mukaan erittäin aktiivista vuorovaikutusta kerroilla 5 ja 8. Muuten hänen arvonsa vaihtelivat kahden ja neljän välillä. Ensimmäisillä kahdella kerralla hän osallistui jonkin verran vuorovaikutukseen (arvo 2). Loppua kohden Heikin vuorovaikutus lisääntyi. Avustajan arvion mukaan (Kuvio 3) Heikin vuorovaikutus oli erittäin aktiivista kerroilla 1, 6 ja 8. Kerroilla 3 ja 4 Heikki on ollut vuorovaikutuksessa jonkin verran. Heikki osallistui kaikille kahdeksalle kerralle.

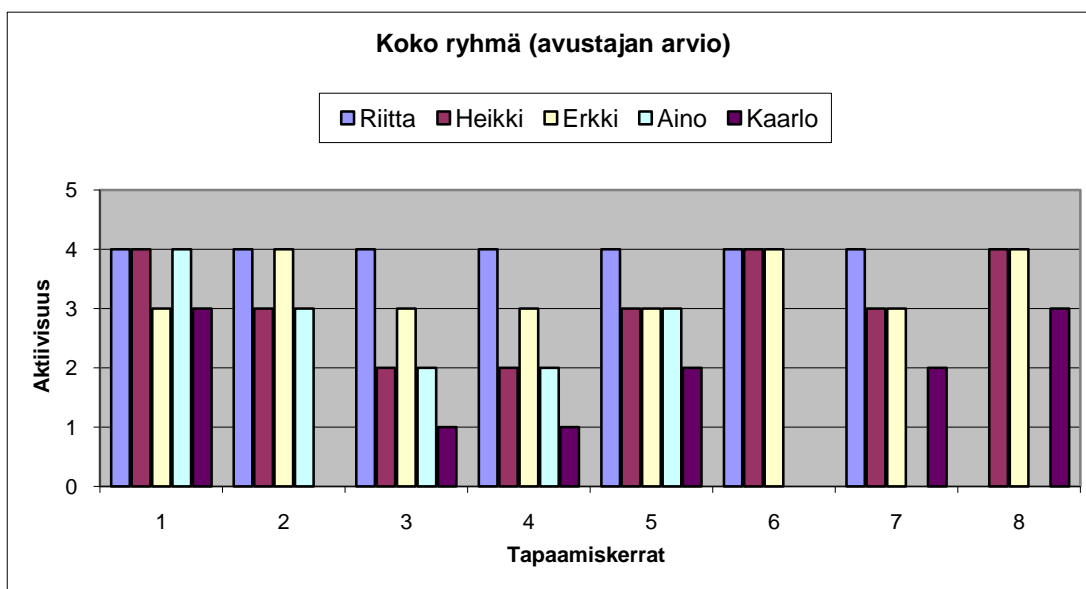
Erkki oli arvioni mukaan (Kuvio 2) koko tutkimusjakson ajan vuorovaikutuksessa aktiivinen tai erittäin aktiivinen. Maksimiarvot hän sai kerroilla 3, 4, 5, 7 ja 8. Avustajan arvion mukaan maksimiarvot olivat kerroilla 2, 6 ja 8. Muilla kerroilla Erkin vuorovaikutus oli avustajan mukaan aktiivista.

Ainon vuorovaikutus oli pääosin aktiivista (arvo 3). Ainoastaan ensimmäisellä kerralla hän osallistui vain jonkin verran vuorovaikutukseen (arvo 2). Avustajan arvion mukaan Aino oli erittäin aktiivinen tarkastelujakson ensimmäisellä kerralla (arvo 4), kun muilla kerroilla aktiivisuus vaihteli jonkin verran aktiivisen (arvo 2) ja aktiivisen (arvo 3) välillä. Kolmannella ja neljännellä kerralla Aino oli jonkin verran aktiivinen (arvo 2), kun taas itse olin arvioinut samat kerrat Ainon osalta aktiivisiksi (arvo 3).

Kaarlون aktiivisuudessa oli oman arvioni mukaan eniten vaihtelua. Vaihteluväli oli arvojen 1 ja 3 välillä. Kolmannella kerralla Kaarlo osallistui vuorovaikutukseen vain vähän (arvo 1), toisella, neljännellä ja viidennellä kerralla jonkin verran ja seitsemännellä ja kahdeksannella kerralla aktiivisesti. Kaarlون vuorovaikutus siis lisääntyi prosessin loppua kohden. Myös avustajan arvion mukaan Kaarlون vuorovaikutus vaihteli vähäisen aktiivisuuden ja aktiivisen vuorovaikutuksen välillä. Avustaja arvio Kaarlون vuorovaikutuksen vähäiseksi (arvo 1) kolmannella ja neljännellä kerralla.



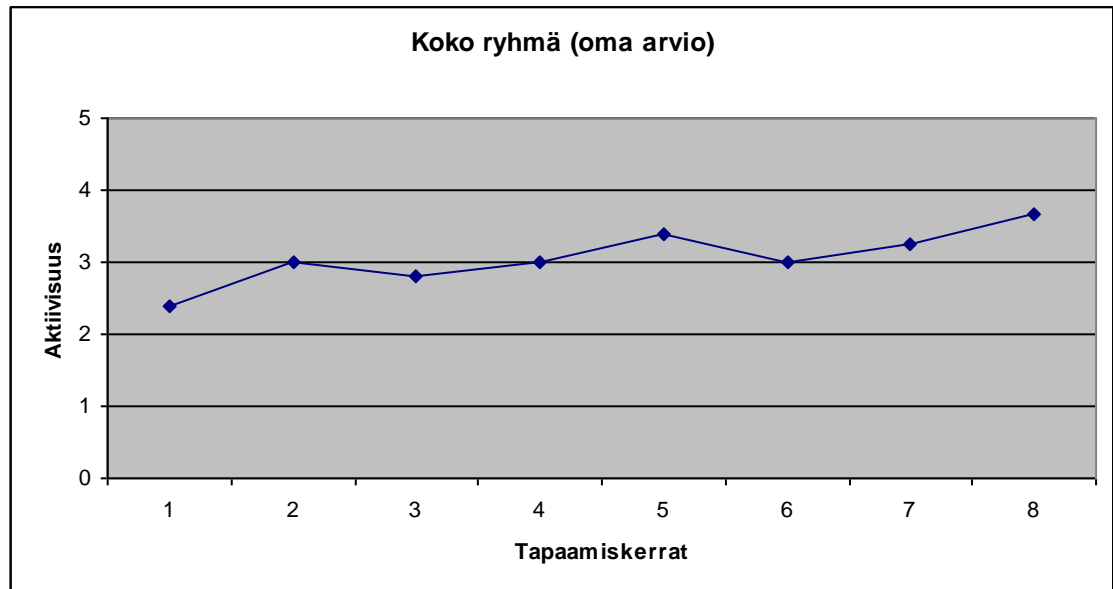
Kuvio 1. Arvioni kaikkien ryhmäläisten vuorovaikutuksen aktiivisuudesta tutkimusjakson aikana



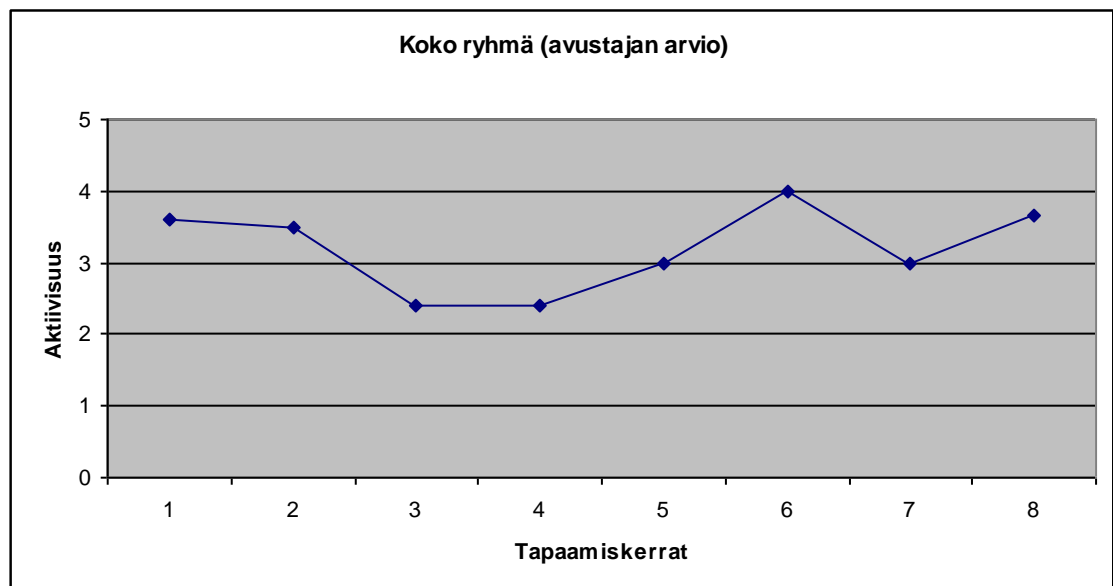
Kuvio 2. Avustajan arvio kaikkien ryhmäläisten vuorovaikutuksen aktiivisuudesta tutkimusjakson aikana

Seuraavat kuviot (Kuvio 3 ja 4) esittävät graafisen kuvaajan koko ryhmän vuorovaikutuksesta tutkimusjaksolla. Laskin jokaisen kerran vuorovaikutuksesta kaikkien ryhmäläisten keskiarvon, jonka perusteella kuvaaja tehtiin. Oman arvioni mukaan vuorovaikutuksen aktiivisuus on nousujohteinen eli aktiivisuus lisääntyi hieman prosessin loppua kohden. Käyrän lähtöpiste sijoittui ensimmäisellä kerralla arvojen 2 ja 3 väliin ja loppupiste sijaitsi lähellä arvoa 4 eli erittäin aktiivista vuorovaikutusta.

Avustajan arvioista tehty kuvaaja eroaa omastani siten, että siinä on enemmän vaihtelua kertojen välillä. Käyrä laskee ensimmäisen ja kolmannen kerran välillä voimakkaasti. Sen jälkeen se lähtee nousuun ja saavuttaa maksimiarvon (arvo 4) kuudennella tapaamiskerralla. Seitsemännellä kerralla tapahtuu pieni ”notkahdus” ja käyrä laskee takaisin arvoon 3, mutta viimeisellä kerralla aktiivisuus nousee takaisin lähelle maksimia.



Kuvio 3. Arvioni koko ryhmän vuorovaikutuksen kehittymisestä tutkimusjakson aikana



Kuvio 4. Avustajan arvion koko ryhmän vuorovaikutuksen kehittymisestä tutkimusjakson aikana

7 TUTKIMUSTULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Esittelen tutkimustuloksia ensin kvalitatiivisen tutkimuksen näkökulmasta ja käyn sitten läpi tutkimuksen määrällisen osuuden eli vuorovaikutuslomakkeen tuottaman tiedon. Lopuksi esitän vielä huomioita muista tiedonlähteistä saaduista terapian vaikuttavuuteen viittaavista löydöksistä. Niiden tiedonlähteinä olivat keskustelut ryhmässä avustaneen henkilön kanssa, viimeisen terapiakerran palautekeskustelu ryhmäläisten kanssa sekä prosessin päätyttyä pidetty arviointipalaveri osastolla.

Tutkimuksen kohteena oli vuorovaikutus terapiaprosessin sisällä. Halusin selvittää, miten se ilmenee terapiatilanteessa ja miten sitä voidaan tukea. Vuorovaikutusta tapahtui terapiassa sanattomasti ja sanallisesti. Analyysiyksikköjen avulla pääluokiksi nostin aineistosta seuraavat kategoriat:

- 1) Sanaton vuorovaikutus sisälsi katsekontaktiin, kehollisuuteen, mukaan lukien ilmeet ja eleet, näkyvään tunneilmaisuun sekä hyräilyyn liittyvät maininnat.
- 2) Sanallinen vuorovaikutus, johon kuuluivat muistelu, keskustelu sekä laulaminen laulunsanoilla
- 3) Vuorovaikutuksen tukitoimet eli se, millä vuorovaikutuksen keinoilla tutkija pyrki aktivoimaan ryhmäläisten vuorovaikutusta

Sanattomasta vuorovaikutuksesta eniten esillä oli katsekontakti, kehollisuuteen, eleisiin ja ilmeisiin liittyvä ilmaisu sekä näkyvä tunneilmaisu sisältäen hymyilyn, nauramisen ja liikituksen. Katsekontakti osoittautui oleelliseksi vuorovaikutuksen elementiksi, jolla pystyi aktivoimaan potilaan laulamista ja muuta sanallista vuorovaikutusta. Lisäksi se toimi varmistuksena, että kommunikaatiolle on edellytykset, että ”väylä on auki”. Runsas sanaton vuorovaikutus kompensoi epäselvää puhetta eräällä ryhmäläisellä. Hänellä myös musiikin kuuleminen ja laulaminen sai aikaan enemmän kehollista viestintää – esimerkiksi jalalla naputtamista ja kehon huojuntaa – kuin muilla. Hyräilyä esiintyi eniten silloin, kun ryhmäläinen muisti laulun melodian mutta ei sanoja. Hyräilyä käytin itsekin etenkin tuokioiden alussa ja lopussa äänellisen läsnäolon merkinä.

Muistelu oli osa sanallista vuorovaikutusta ja se tapahtui luontevasti laulamisen lomassa. Muistelujen teemat nousivat yleensä laulun sanoista, ja niitä olivat esimerkiksi luonto ja vuodenajat, koulunkäynti, kotiseutu, työ ja ammatit, vapaa-aika ja harrastukset.

Muistelu oli ryhmäläisille mieluinen vuorovaikutuksessa olemisen tapa. Se tarjosi myös vertaiskokemuksen mahdollisuuden, kun saman ikäpolven edustajat löysivät kokemuksestaan yhtymäkohtia. Kaikki muistot eivät olleet ”kultaisia”. Eräällä ryhmäläisellä virisi menetettyyn kotiseutuun ja sotaan liittyviä muistoja. Terapeuttisessa mielessä tärkeää oli, että hän sai kertoa surullisia muistojaan ja jakaa siitä nousevia tunteita.

Laulaminen tapahtui terapiassa yhteislauluna, lauluarvuutteluna sekä kaikulauluna. Laulamisen vuorovaikutuksellinen tehtävä korostui silloin, kun ryhmäläisellä oli puheen kanssa haastetta. Laulu ikään kuin paikkasi epäselvää puhetta. Laulaminen muuttui koko ryhmällä vapautuneemmaksi ja rohkeammaksi prosessin aikana. Ryhmä myös peilasi laulamistaan omaan laulamiseeni siten, että kun itse lauloin rohkeammin, ryhmänkin äänenvoimakkuus kasvoi. Ryhmäläisten spontaaneja laulun aloituksia esiintyi koko prosessin ajan, loppupuolella hieman useammin.

Sanallisessa vuorovaikutuksessa käytin aktiivisen kuuntelun tekniikkaa, johon kuuluivat esimerkiksi klarifikaatio eli aiheen selventäminen, tarkentavat kysymykset muistelun teemoista sekä ryhmäläisen tunteen pukeminen sanoiksi. Vuorovaikutuksen tukemista tein myös sanattoman vuorovaikutuksen keinoin esimerkiksi hymyilyllä, katsekontaktilla ja peilaamalla kehonkieltäni ryhmäläisiin. Muita toimivia tukemisen tapoja olivat laulunsanojen arvuuttelu, toiminnan malliksi näyttäminen sekä kuvien ja mielikuvien käyttäminen ohjauksessa.

Vuorovaikutuslomakkeen perusteella tehdyistä kuvaajista (Kuviot 3 ja 4) voidaan päätellä, että oman arvioni mukaan ryhmän sanallinen vuorovaikutus hiukan lisääntyi terapiaprosessin aikana. Avustajan arviossa ei näy selkeää vuorovaikutuksen lisääntymistä, vaan vuorovaikutus on suurinta kuudennella terapiakerralla ja laskee sitten hieman loppua kohden, pysyen kuitenkin samalla tasolla kuin prosessin alussa.

Pylväsdiagrammit (Kuviot 1 ja 2) osoittivat jokaisen ryhmäläisen vuorovaikutuksen aktiivisuuden omana pylväänään kahdeksalla terapiakerralla. Keskimäärin vuorovaikutus oli lähellä arvoa 3, joka tarkoittaa että vuorovaikutusta on paljon. Arvojen vaihteluväli prosessissa oli yhdestä neljään. Suurin eroavaisuus tutkijan ja avustajan tekemän vuorovaikutuslomakkeen arvioiden pohjalta tehdyssä pylväsdiagrammissa näkyy Riitan kohdalla, jonka arvoksi avustaja on arvioinut joka kerralle 4 eli erittäin aktiivinen vuorovaikutuksessa. Arvioon on saattanut vaikuttaa se, että prosessin aikana Riitta tukeutui

vahvasti avustajaan, mikä puolestaan johti avustajan suurempaan sanalliseen vuorovai-
kutukseen hänen kanssaan. Riitta halusi istua avustajan vieressä ja mainitsi usein, että
”mää ja toi hoitaja ollaan kavereita”.

Huomion arvoista on, että uuden oppimista tapahtui ryhmäläisillä muistiongelmista
huolimatta. Tämä tuli esiin tuolijumpassa sekä loppulaulussa. Muutaman tapaamisen
jälkeen ryhmäläiset lähtivät tekemään tuolijumpan liikkeitä aina oikeassa järjestyksessä,
vaikka olivat saattaneet mainita etukäteen, että eivät muista, mitä pitää tehdä. Loppulau-
lussa olin keksinyt tuttuun Aa aa Hekki –lauluun uudet sanat, joissa kerrottiin, että lau-
lutuokio loppuu. Jotkut ryhmäläiset oppivat jo kahden kerran jälkeen laulamaan laulun
kanssani uusilla sanoilla. Vaikka oppiminen ei varsinaisesti kuulunut tutkimuskysymyk-
siin, pidän edellä mainittuja seikkoja mainitsemisen arvoisina.

Keskusteluissa avustajan ja muun henkilökunnan kanssa kävi ilmi, että ryhmäläiset läh-
tivät pääsääntöisesti mielellään terapiaan. Ryhmässä käynti oli heille mielekäästä ja toi
heille elämänsisältöä. Terapialla oli myös siirtovaikutusta. Avustajan kertoman mukaan
ryhmäläiset halusivat usein jatkaa laulamista ryhmän jälkeenkin. Saman tuloksen sai
tutkimuksessaan Risto Jukkola, jonka mukaan ”henkilökunnalta saatujen tietojen mu-
kaan innokas laulaminen voi jatkua vielä tunteja terapiaistunnon jälkeen” (Jukkola
1999, 71). Viimeisellä kokoontumisella pyysin ryhmäläisiltä suullista palautetta, jossa
nousivat esiin yhdessäolon ja yhteisöllisyyden kokemukset. Monet kokivat, että parasta
ryhmässä oli yhdessäolo ja muiden tapaaminen. Joku koki parhaaksi anniksi vanhat lau-
lut ja yhteiset keskustelut.

8 POHDINTA

Lähdin työn alussa liikkeelle ajatuksesta laulun kantavasta voimasta dementian kuntoutuksessa. Kun oli kysymyksessä tavoitteellinen musiikkiterapia, oli määriteltävä, mihin laulamalla tähdätään. Terapiaryhmälle asetin kaksi tavoitetta, jotka olivat vuorovaikutuksen tukeminen ja muistin virkistäminen. Vuorovaikutuksesta ja sen tukemisesta muotoutui tämän tutkimuksen keskeinen tutkimuskohde. Lähdin kokeilemaan, miten laulaminen toimii vuorovaikutuksen välineenä ja voidaanko sillä tukea vuorovaikutusta. Terapiaprosessin kahdella arviointikerralla huomasin, että lauluista alkoi viritä muistoja ja niiden pohjalta hedelmällistä keskustelua. Näin ollen en voinut sivuuttaa muistelun osuutta, en musiikkiterapian työmenetelmänä enkä tämän työn tutkimuskohteena.

Onnistuin vastaamaan tutkimustehtävässä asetettuihin kysymyksiin mielestäni kohtuullisen hyvin. Selvitin sekä vuorovaikutuksen tapahtumiseen että sen tukemiseen liittyviä käytäntöjä terapiatilanteessa. Analyysiosuudessa vuorovaikutuksen tukitoimet saivat paljon tilaa, sillä katsoin ne itsereflektion opettelun ja ammatillisen kasvun kannalta oleellisiksi. Aineiston analyysin pohjalta syntyneistä tuloksista pidän merkittävimpinä vuorovaikutuksen tapojen luokittelun ohella muistelutyön soveltamista musiikkiterapiaan. Laulaminen ja laulun sanojen pohjalta muistelu oli mielekäs ja hyvin toimivat musiikkiterapiamenetelmä. Tuloksia tarkastellessa huomion arvoista on myös, että terapian vaikuttavuuteen viittaavat tulokset tulivat muualta kuin empiirisestä aineistosta. Sain tietää keskusteluissa henkilökunnan kanssa, että potilaat haluavat jatkaa laulamista ryhmän ulkopuolellakin ja että he olivat ryhmästä osastolle palatessaan hyväntuulisia ja yhteistyökykyisiä. Toisaalta tutkimuskysymys ei sisältänyt vaikuttavuutta, joten viitteet siitä ovat työlleni vain lisäarvoa.

Vuorovaikutus on tutkimuskohteena haastava ensinnäkin siksi, että se on osin tiedostamatonta. Sen lisäksi se on vaikeasti tulkittavaa kuten käy ilmi vaikkapa aikaisemmin viittaamastani esimerkistä, jossa dementoituvalla on ollut sisäinen kokemus laulamista tai tanssimisesta vaikka hän on näyttänyt nukkuvan terapiassa. Vuorovaikutuksen tavat ovat jokaisella ihmisellä ainutkertaisia ja niiden kaikkien vivahteiden tavoittaminen on mahdotonta.

Osallistuva havainnointi tiedonhankinnan menetelmänä sisältää myös haasteita. Tiedostan hyvin, että vaikutin omalla toiminnallani ryhmän vuorovaikutukseen ja omaa vuoro-

vaikutustani pystyin refleктоimaan vain ajoittain. Terapiatilanteet olivat kuin ohi kiitäviä hetkiä, joiden tavoittaminen jälkikäteen tuntui vaikealta. Terapiaprosessi oli myös hyvin lyhyt. Kymmenen kerran perusteella työskentely pääsi vasta alkuun ja olisi ollut mielenkiintoista tietää, miten vuorovaikutus muuttuu pitemmällä aikavälillä. Ryhmäläisillä oli myös jonkin verran poissaoloja, jotka vaikuttivat prosessiin ja siitä tuotettuun tietoon.

Vuorovaikutuslomakkeella tuotettuun tietoon on syytä suhtautua tietyin varauksin. Ensinnäkin sen arvioinnin kohteena ei ollut kokonaisvaltainen vuorovaikutus vaan ainoastaan sanallinen kommunikaatio, jota oli puhuminen ja laulaminen. Vuorovaikutuksen arvottaminen numeerisesti ei ole ehkä mielekästä varsinkin kun on kyse dementiapotilaista, joilla haaste on juuri sanallisessa vuorovaikutuksessa. Mittarin luotettavuutta olisi parantanut sen ”kalibroiminen” eli hienosäätö yksilöllisesti. Jokaisella tutkimuksen kohteena olevalla ryhmäläisellä on ainutkertainen tapansa kommunikoida, joka olisi otettava huomioon. En voi väittää, että olisin pystynyt perehtymään riittävästi heidän vuorovaikutuksensa lähtökohtiin tutkimusjaksoa edeltävällä kahden kerran arviointijaksolla. Tiedostin tämän tutkimukseen ryhtyessäni ja otin sen tähden mukaan kanssatutkijan, erään hoitohenkilökunnan jäsenen, joka oli ryhmässä mukana avustajana ja tunsi ryhmäläiset jo etukäteen hyvin. Kuitenkin kuten jo tuloksia käsittelevässä luvussa totesin, tuttuus saattoi vaikuttaa hänen tekemäänsä arvioon varsinkin eräästä ryhmäläisestä. Teimme siis molemmat –minä ja kanssatutkija– omat arviomme, jotka ovat henkilökohtaisia tulkintojamme. Näin ollen koko tutkimuksen kannalta lomakkeella tehty osuus toimii lähinnä sanallisen vuorovaikutuksen tulkinnan havainnollistajana. Itselleni tutkijana sillä oli merkitystä menetelmällisenä oppituntina.

Tämä työ vahvisti uskoani siihen, että musiikkiterapia on varteenotettava kuntoutusmuoto dementian hoidossa. Laulu ja musiikkimuistelu ovat toisiinsa limittyneitä musiikkiterapian menetelmiä, jotka soveltuvat hyvin vuorovaikutuksen tukemiseen. Musiikin tuloksellisesta käytöstä dementian hoidossa on runsaasti käytännön kokemustietoa sekä laadullisilla menetelmillä tehtyä tutkimusta, mutta ”kova” luonnontieteellinen näyttö on vielä vähäistä. Kuitenkin esimerkiksi Ruotsissa on jo joissakin hoitolaitoksissa käytössä ”hoivalaulu” helpottamassa muistisairaiden potilaiden hoitotoimia. On vaikea arvioida, kuinka laajasti suomalaisen hoitotyön arjessa tällä hetkellä hyödynnetään musiikin mahdollisuuksia. Ainakin julkinen keskustelu aiheesta ja sopivien käytäntöjen

etsiminen erilaisten hankkeiden ja projektien muodossa on vilkasta. Niillä voidaan vaikuttaa asenteisiin ja hoitokulttuurin yleiseen ilmapiiriin sekä saada uskottavuutta taidelähtöisille kuntoutusmuodoille osana dementiaipotilaiden kokonaisuhoitoa.

Tampereen kaupungin Kulttuurikaari-hanke, jonka osana tutkimuksen kohteena oleva ryhmäkin toimi, edistää muiden vastaavien hankkeiden ohella menestyksekkäästi taidelähtöisten kuntoutusmuotojen rakentamista. Seuraavaksi tulisi suunnata katse tulevaisuuteen ja ryhtyä miettimään, miten taidelähtöiseen kuntoutukseen saataisiin jatkuvuutta. Erilaisista pilottihankkeista saadut lupaavat tulokset valuvat hukkaan, mikäli yhteiskunta ei tue hankkeiden jatkuvuutta taloudellisesti.

Mielenkiintoinen jatkotutkimuksen aihe olisi, miten varsinainen kliininen musiikkiterapiatyö sijoittuu taidelähtöisten hyvinvointia edistävien kuntoutusmuotojen kentälle ja missä niiden raja kulkee. Onko vaarana esimerkiksi se, että musiikkiterapeuteille ei ole enää sijaa vanhustenhuollossa, jos hoitajat koulutetaan musiikkiterapeutistien menetelmien käyttöön. Uskon kuitenkin vahvasti, että tulevaisuudessa musiikkiterapian erityisosaamisella on tarvetta kaikenlaisille kohderyhmille, ikäihmiset mukaan lukien. Sekä musiikillisten että terapeutistien ammattitaitojen syvällinen omaksuminen on pitkäaikainen prosessi eikä tulevaisuudessa voida edellyttää, että hoitoalalla työskentelevien olisi otettava ne haltuunsa.

LÄHTEET

Ahonen, H. 1993. Musiikki sanaton kieli. Loimaa: Loimaan Kirjapaino.

Ahonen, H. 1997. Vuorovaikutus auttamisen välineenä. 1.-3. painos. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Ahonen-Eerikäinen, H. 1998. ”Musiikillinen dialogi” ja muita musiikkiterapeuttien työskentelytapoja ja lasten musiikkiterapian muotoja. Joensuun yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja n:o 45. Väitöskirja.

Ahonen-Eerikäinen, H. 1999. Samalle aaltopituudelle. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Ala-Ruona, E., Saukko, P. & Tarkki, A. 2009. Musiikkiterapiapalvelut. 2. pianos. Jyväskylä: Kopijyvä.

Aldridge, D. 2000. Overture. It’s Not What You Do But The Way That You Do It. Teoksessa Aldridge, D. (toim.) Music Therapy in Dementia Care. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 9–32.

Aremyr, G. 1992. Dementiapotilaan aktivointi. Helsinki: Otava.

Bruscia, K. 1998. Defining music therapy. 2. Edition. Gilsum: Barcelona Publishers.

Chatterton, W. 2009. The singer or the singing. A systematic literature of the effects of different individuals singing to persons with dementia. University of Queensland. Väitöskirja.

Clair, A. 2000. The importance of Singing with Elderly Patients. Teoksessa Aldridge, D. (toim.) Music Therapy in Dementia Care. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 81–101.

Dunderfelt, T. 1997. Elämänkaaripsykologia. Lapsen kasvusta yksilön henkiseen kehitykseen. 9. uudistettu painos. Porvoo: WSOY.

Engström, G. Hammar M, L. Williams, C. & Götell, E. 2011. The impact of singing during caring on a person with dementia- Single Case Analysis of video-recorded sessions. Music and Medicine. An Interdisciplinary Journal 3(2), 95–101.

Erkkilä, J. 2003. Musiikkiterapia. Teoksessa Eerola, T. & Louhivuori J. & Moisala P. (toim.) Johdatus musiikintutkimukseen. Vaasa: Ykkös-Offset Oy, 291–300.

Feil, N. 1993. Validaatio – Menetelmä muistihäiriöisten vanhusten hoitoon. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Götell, E. 2003. Singing, background music and music-events in the communication between persons with dementia and their care givers. Karolinska Institutet. Neurotec Department, Center of Excellence in Elderly Care Research. Väitöskirja.

- Hakonen, S. 2003. Muistelutyö. Teoksessa Marin, M. & Hakonen S. (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS-kustannus, 130–137.
- Hammar M, L. Götell, E. Emami, A & Engström, G. 2011. The impact of caregivers' singing on expression of emotion and resistance during morning care situations in persons with dementia. *Journal of Clinical Nursing* 20(7-8), 969–978.
- Heiskanen, A. & Inkilä, M. 2011. ”Arvon mekin ansaitsemme”. Asiakaslähtöinen yhteislaulutoimintamalli iäkkäille. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Pieksämäen yksikkö. Sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Hohenthal–Antin, L. 2009. Muistot näkyviksi. Muistelutyön menetelmiä ja merkityksiä. Juva: PS-kustannus.
- Jukkola, R. 1999. Dementia musiikkiterapian haasteena: yhteislauluun perustuvan musiikkiterapian tarkastelua. Teoksessa Erkkilä, J. & Lehtonen, K. (toim.) Musiikkiterapian monet kasvot. Jyväskylä: Suomen musiikkiterapiayhdistys, 345–357.
- Koger S., Chapman K, & Brotons M. 1999. Is Music Therapy an effective intervention for dementia? *Journal of Music Therapy*. 36(1), 2–15.
- Kämäräinen, L. 2008. TunteVa-omaistenopas. Miten ymmärtää muistisairasta ihmistä? Tampereen kaupunkilähetys ry. Multiprint Oy: Tampere.
- Lehtonen, K. 1998. Musiikki, kieli ja kommunikaatio. Mietteitä musiikista ja musiikkiterapiasta. Jyväskylä: Kopi-Jyvä Oy .
- Leisiö, T. 2006. Alussa oli laulu. Teoksessa Kukkurainen E., Kurkela V. & Leisiö H. (toim.) Alussa oli laulu. Musiikintutkimuksen laitoksen julkaisuja 1. Kansanmusiikki-instituutin julkaisuja 59. Tampere: Pilot-kustannus Oy, 11–16.
- Levine, E. 1992. *Tending the Fire. Studies in Art, Therapy and Creativity*. Toronto: Palmerston Press.
- Mansikkakorpi M. & Pälkä P. & Valkila P. 2003. Dementoituvan ihmisen haasteellisen käyttäytymisen kohtaaminen hoitotyössä. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Sosiaaliala. kuntoutuksen koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3. painos. Gummerus kirjapaino Oy: Jyväskylä.
- Mäki, O. 1998. Muistelu – Kuntouttavaa hoitotyötä parhaimmillaan. Teoksessa Heimonen S. & Voutilainen P. (toim.) Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä, 103–122.
- Nevalainen, J. 2010. Musiikin mahdollisuuksia dementiaa sairastavien hoitotyössä: ohjeistus työntekijöille. Porin Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Pesonen, O. 1957. Laulukirja. 19. Painos. Helsinki: Laatuspaino Oy.

Pihlainen, V. 2001. Musiikin ja musiikkiterapian mahdollisuus aktivoida ja ylläpitää vielä jäljellä olevan puheen tuottamista ja non-verbaalista viestintää vaikea-asteista dementiaa sairastavilla pitkäaikaissairailta vuodepotilailla. Jyväskylän yliopisto. Musiikkitieteen laitos. Pro gradu.

Puljujärvi, N. 2010. Musiikin mahdollisuudet dementia-työssä. Laurea ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäyte.

Pulkinen, R & Puttonen, H. 2010. Dementia, viriketoiminta ja kuntoutumista edistävä hoitotyö. Savonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Taipale, M. 1998. Musiikki dementoituvan ihmisen hoidon välineenä. Teoksessa Heimonen S. & Voutilainen P. (toim.) Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä, 65–84.

Taipale, M. 1999. Musiikkiterapia dementian hoidossa. Teoksessa Erkkilä, J. & Lehtonen, K. (toim.) Musiikkiterapian monet kasvot. Jyväskylä: Suomen musiikkiterapiayhdistys, 333 – 343.

Tomaino, C. M. 2000. Working with Images and Recollection with Elderly Patients. Teoksessa Aldridge, D. (toim.) Music Therapy in Dementia Care. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 195–211.

Stern, D. 1985. The Interpersonal World of Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology. New York: Basic Books.

Sulkava, R. 2010. Muistisairaudet. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä K., Strandberg, T. Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. 2. uudistettu painos. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim, 120–138.

Vanhala, K. 2010. Musiikin vaikutus ikääntyneiden asukkaiden hyvinvointiin kahdessa jyvaskyläläisessä palvelutalossa. Jyväskylän yliopisto. Musiikkikasvatus. Pro gradu.

Winnicott, D. 1971. Playing and Reality. London: Tavistock Publications Ltd.

Elektroniset lähteet:

Eläkeliitto 2011. Sävel soikoon –hanke. Luettu 16.4.2011.
<http://www.elakeliitto.fi/toiminta/sosiaalinen+palvelutoiminta/savel+soikoon/>

Hoivamusiikki ry 2011. Luettu 15.3.2011.
www.hoivamusiikki.fi

Huttunen, M. 2010. Dementia. Terveyskirjasto. Duodecim. Luettu 10.3.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00358

Liikanen H-L. 2010. Taiteesta ja kulttuurista hyvinvointia – ehdotus toimintaohjelmaksi 2010–2014. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja. Luettu 14.4.2011.
http://www.minedu.fi/OPM/Julkaisut/2010/Taiteesta_ja_kulttuurista_hyvinvointia.html

Miina Sillanpään säätiö 2011. Muistaakseni laulan –hanke. Luettu 11.4.2011

http://www.miinasillanpaansaatio.fi/fin/tutkimus-_ja_kehittamistoiminta/kehitamme_parhaillaan/muistaakseni_laulan/

Musiikkiterapianimikkeistö 2009. Suomen musiikkiterapiayhdistys ja Suomen Kuntaliitto. Luettu 20.4.2011.

http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot-luokitukset/kuntoutus-erityistyontekijoiden-nimikkeistot/Documents/Musiikkiterapianimikkeist%C3%B6_2009.pdf

Tampereen kaupunki. Tampereen Kulttuurikaari-hanke 2011. Luettu 10.3.2011.

<http://www.tampere.fi/tampereinfo/projektit/valtakunnalliset/kaste/kulttuurikaari.html>

Wikipedia. Vuorovaikutus. Luettu 14.4.2011.

<http://fi.wikipedia.org/wiki/Vuorovaikutus>

LIITTEET

Liite 1

Arviointilomakkeen ohjeet

Tutkimuksessa arvioidaan musiikkiterapiaryhmän jäsenten aktiivisuutta musiikkituokion aikana. Arvioinnin kohteena on *vuorovaikutukseen osallistumisen aktiivisuus*.

Aktiivinen vuorovaikutus merkitsee aloitteiden tekemistä, aktiivista osallistumista esim. laulamalla ja osallistumalla keskusteluun. Passiivisessa vuorovaikutuksessa asiakas on ryhmässä mukana osallistumatta aktiivisesti toimintaan. Hän kuuntelee esim. laulamista, mutta ei laula itse eikä tee aloitteita keskusteluun.

0 = ei osallistu aktiivisesti vuorovaikutukseen, lähinnä istuu kuuntelemassa, mitä muut tekevät, ei tee itse mitään aloitteita

1 = osallistuu vähän vuorovaikutukseen, mutta enimmäkseen kuuntelee, ei tee itse aloitteita

2 = osallistuu jonkin verran vuorovaikutukseen, laulaa välillä mukana ja vastaa joskus kysymyksiin, ei tee itse aloitteita

3 = osallistuu paljon vuorovaikutukseen, laulaa ja keskustelee mukana, osoittaa innostusta, tekee aloitteita toisinaan, vastaa aina kun kysytään

4 = osallistuu erittäin paljon vuorovaikutukseen, on erittäin aktiivinen, ”äänessä koko ajan”, erittäin innostunut, vastaa ensimmäisenä kysymyksiin, ehdottaa itse lauluja ja keskustelun aiheita.

Päivämäärä:

Asiakas 1: Riitta

passiivinen vuorovaikut.

aktiivinen vuorovaikut.

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Muita huomioita

Asiakas 2: Heikki

passiivinen vuorovaikut.

aktiivinen vuorovaikut.

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Muita huomioita

Asiakas 3: Erkki

passiivinen vuorovaikut.

aktiivinen vuorovaikut.

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Muita huomioita

Asiakas 4: Aino

passiivinen vuorovaikut.

aktiivinen vuorovaikut.

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Muita huomioita

Asiakas 5: Kaarlo

passiivinen vuorovaikut.

aktiivinen vuorovaikut.

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Muita huomioita
